Ayez le respect des Livres

BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

XV[e] Série - 99[e] Année - T. II - [redacted]

[redacted] 1941

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
I, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930) :

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE REDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, CAPGRAS, H. CLAUDE, COURBON, ACH. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET.

Secrétaires de la Rédaction : P. CARRETTE et J. VIÉ

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1942)

(L'abonnement part du 1er janvier)

France et Colonies, 260 fr. — Changement d'adresse, 1 fr.
Etranger : Tarif N° 1, 360 fr. ; Tarif N° 2, 380 fr.

Ne bénéficient du tarif réduit n° 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

Ire série, par BAILLARGER, CERISE et LONGET (1843 à 1848), 12 vol. in-8. Les années 1846-1847 sont épuisées. 8 vol. in-8	942 fr. »
IIe série (1849-1854), par BAILLARGER, BRIERRE DE BOISMONT et CERISE. 6 volumes in-8	1.070 fr. »
IIIe série (1855-1862), par BAILLARGER, MOREAU (de Tours) et CERISE. 8 volumes in-8	1.394 fr. »
IVe serie (1863-1868), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 12 vol. in-8	972 fr. »
Ve serie (1869-1878), par BAILLARGER, CERISE et LUNIER. 20 vol. in-8	1.718 fr. »
VIe serie (1879-1884), par BAILLARGER, LUNIER et FOVILLE. 12 volumes in-8	972 fr. »
VIIe série (1885-1894), publiée par BAILLARGER, FOVILLE et RITTI. 20 vol. in-8	1.620 fr. »
VIIIe serie (1895-1904), publiee par ANTOINE RITTI. 20 vol. in-8	1.620 fr. »
IXe serie (1905-1911), publiée par A. RITTI. 14 volumes in-8	1.134 fr. »
Xe série (1912-1920), publiée par A. RITTI et H. COLIN. 14 vol. in-8	1.134 fr. »
XIe série (1921), publiée par HENRI COLIN, 2 volumes in-8	162 fr. »
XIIe série (1922-1930), publiée par HENRI COLIN. 18 volumes in-8	1.458 fr. »
XIIIe série (1931), publiée par RENÉ CHARPENTIER. 2 volumes in-8	286 fr. »
XIVe série (1932-1934), publiée par RENE CHARPENTIER, 6 vol. in-8	858 fr. »
XVe serie (1935-1941), publiee par RENÉ CHARPENTIER. 14 vol. in-8	2.002 fr. »
Table générale et alphabetique (1843 à 1866). 1 volume in-8	97 fr. 50
Table générale et alphabetique (1867 à 1878). 1 volume in-8	97 fr. 50
Table générale et alphabetique (1879 à 1930.) 1 volume in-8	195 fr. »

Les *Annales médico-psychologiques* forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

90152

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1941

TOME DEUXIÈME

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITE DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, CAPGRAS, H. CLAUDE, COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, VERNET.

Secrétaires de la Rédaction : P. CARRETTE et J. VIÉ

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

90152

FONDATEUR.
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

90152

XV^e^ SÉRIE — 99^e^ ANNÉE — 1941
TOME DEUXIÈME

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
I, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR

TABLE DES MATIERES

QUINZIÈME SÉRIE - 99e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1941

MÉMOIRES ORIGINAUX

Pages

Le test de Rorschach appliqué à l'examen clinique, par Laignel-Lavastine, Mme Minkowska, Bouvet et Follin 1
Internements volontairement prolongés, par René Charpentier..... 20
Réversibilité de cas organo-toxiques, par O.-L. Forel, Ph. Danjou et G. Favez..... 313
De quelques réactions et réactivations nerveuses à la suite de la vaccination antityphique, par H. Baruk..... 322

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 13 mars 1941

Séquelles mentales d'intoxication oxycarbonée accidentelle aiguë, par M. R. Dupouy et Mlle Micucci..... 34
Régression d'un syndrome paralytique à la suite d'une suppuration, par M. Zaborowski..... 38

Pages

Examen histo-pathologique de deux cas de paralysie générale infantile présentés antérieurement à la Société, par MM. L. Marchand, Brissot et M, Froidefond 42
Quelques cas de malformations congénitales des membres (avant-bras et mains) : Hémimélie, Ectrodactylie, Phocomélie, Syndactylie, par MM. M. Brissot, M. Froidefond et J. Butzbach 47
Sur un cas de presbyophrénie de Wernicke avec ecmnésie et aphasie amnésique de Pitres, par MM. Laignel-Lavastine, J. Delay et H. Mignot 52
Modifications de la personnalité. Automatisme mental, épilepsie. Gliome intéressant le lobe temporal, l'insula et la couche optique gauches, par MM. L. Marchand, J. Rondepierre, J. de Ajuriaguerra et A. Ménanteau 59

Séance du lundi 24 mars 1941

Adoption du procès-verbal 63
Correspondance 63
Election d'un membre associé étranger 63
Sensibilité physique et anxiété au cours des tentatives de suicide, par M. P. Carrette 64

Séance du lundi 28 avril 1941

Adoption du procès-verbal 70
Correspondance 70
Date des séances 70
Mutisme psychogène chez nn débile mental, par MM. Heuyer et Combes. 70
Les idées délirantes de jalousie dans la démence précoce, par MM. P. Abély et Ch. Feuillet 75
Essais d'un appareil français pour l'électro-choc, par MM. Lapipe et J. Rondepierre 87
Des moyens propres à sauvegarder l'existence de nos malades chroniques en période de carence alimentaire, par M. Frantz Adam 96
Manifestations épisodiques déclenchées par les événements de juin 1940 : meurtre d'une démente précoce par son père au cours d'un paroxysme panique, par M. M. Caron 101
Manifestations épisodiques déclenchées par les événements de juin 1940 : réactions meurtrières amnésiques chez une débile hyperémotive, par MM. G. Daumézon et L. Cassan 106

Séance du jeudi 8 mai 1941

Erotomanie. Suite d'une observation, par MM. Heuyer et Fouquet 111
Excitation psychique et délire de transformation fantastique, par MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et H. Maurice 122

Pages

Syndrome schizophrénique avec catatonie intermittente, par MM. Laignel-Lavastine, H. Mignot et Ménanteau..... 129
Jeux syllabiques obsédants chez un psychasthénique devenu délirant chronique, par MM. Laignel-Lavastine, Ch. Durand et P. Neveu..... 134

Séance du lundi 26 mai 1941

Adoption du procès-verbal..... 161
Correspondance..... 161
Attribution du legs Christian..... 161
Centenaire de la mort d'Esquirol :
Hommage à Esquirol, par M. Laignel-Lavastine..... 162
Esquirol intime, par M. Ach. Delmas..... 173
Deux autographes d'Esquirol, présentés par M. G. Heuyer..... 178
A propos du centenaire d'Esquirol, par M. X. Abély..... 180
Grossesse et tabo paralysie générale juvénile, par MM. P. Loo et H. Marlot..... 181
Impulsions inconscientes et amnésiques au cours d'une psychose mélancolique, par MM. H. Ey et G. Bernard..... 184
Accès de manie chez une jeune fille présentant des signes cliniques d'hyperthyroïdie (maladie de Basedow classique) et des signes biochimiques d'hyperthyroïdie, par M. J. Tusques..... 192

Séance du lundi 23 juin 1941

Adoption du procès-verbal..... 196
Correspondance..... 196
Election d'un membre titulaire honoraire..... 196
Séance supplémentaire de juillet..... 196
Trois types d'observations de psychoses carcérales, par MM. Heuyer et Fouquet..... 197
La simulation de la crise d'épilepsie, par MM. X. Abély et Y. Longuet. 207
Sur la sensibilité particulière des malades mentaux à l'avitaminose B1, à propos d'une épidémie de troubles carentiels de type béribérique à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, par MM. P. Sivadon et P. Quéron..... 217
Avitaminose B1 au cours de psychopathies chroniques, par MM. M. Montassut, V.-J. Durand et Q. Ripart..... 221
A propos des états de carence observés dans les services psychiatriques, par M. P. Abély..... 225
La paligraphie survenant au décours des chocs insuliniques, par M. L. Fromenty..... 228
La palilalie peut-elle être considérée comme un symptôme de la série catatonique, par M. L. Fromenty..... 232

Séance du mercredi 9 juillet 1941

Pages

Paralysie générale de Lissauer, par MM. P. Guiraud, M.-G. Deshayes et Mlle M. Micucci 236
Tumeur cérébrale latente et épilepsie, par MM. L. Marchand et P. Gouriou 241
Gliome double des lobes préfrontaux et syndrome mental, par MM. L. Marchand et P. Gouriou 245
Réticence dans un délire de filiation, par MM. Laignel-Lavastine, Ch. Durand et P. Neveu 249
Coïncidence d'un délire interprétatif et d'un syndrome de Basedow, par MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Perrin 255
Déviation paranoïaque d'un mysticisme subnormal, par MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Francheteau 259
Délire de rêverie fantastique chez un ancien alcoolique, par Mlle J. Lacassagne et MM. P. Neveu et L. Bonnafé 263
Délire chronique succédant, après un intervalle libre, à l'alcoolisme subaigu, par Mle J. Lacassagne et MM. P. Neveu et L. Bonnafé 268

Séance du lundi 28 juillet 1941

Adoption du procès-verbal 274
Correspondance 274
Dates des prochaines séances 274
Election d'un membre correspondant national 275
Réunion de la Société suisse de Psychiatrie 275
Cardiazol et chloralose, par M. M. Hyvert 276
Troubles graves du caractère déterminés par des émotions de guerre. Guérison rapide par le cardiazol, par MM. A. Brousseau et L. Laffon ... 281
L'électrochoc. Premières impressions cliniques d'après 250 crises ; études des conditions nécessaires à leur déclenchement, par MM. M. Lapipe et J. Rondepierre 287
Les inconnues de l'œdème cérébral, à propos d'un œdème cérébral terminal après évolution d'une association syphilis-tuberculose ganglionnaire à symptomatologie de démence précoce, par M. P.-Ad. Chatagnon et Mlle S. Jouannais 291
Epilogue d'une oligophrène ostéomalacique, par M. P.-Ad. Chatagnon et Mlle Camille Chatagnon 299
Un cas de tabo-paralysie juvénile. Considérations cliniques, pathogéniques, thérapeutiques, par MM. P. Loo et H. Marlot 304

Séance du lundi 27 octobre 1941

Adoption du procès-verbal 331
Date des séances supplémentaires 331
Election d'un membre correspondant national 331
Valeur nosologique des troubles du caractère, par M. J. Dublineau 332
Recherches sur les conditions d'apparition des œdèmes observés à l'asile en période de restrictions alimentaires, par MM. J. Dublineau et L. Bonnafé 336

Séance du lundi 10 novembre 1941

Pages

Démonstration histologique de lésions syphilitiques chez un buveur ayant antérieurement présenté une confusion subaiguë de pathogénie complexe, par MM. L. MARCHAND, J. DUBLINEAU, J. de AJURIAGUERRA et H. DUCHÊNE 345

Néphrite aiguë et troubles mentaux. Persistance des troubles mentaux après guérison somatique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et PERRIN 349

Forme pseudo-tumorale d'une sclérose névroglique corticale diffuse d'origine alcoolique, par MM. L. MARCHAND et P. COURBON 353

Tumeur cérébrale volumineuse latente (glioblastome) intéressant les deux hémisphères, par MM. L. MARCHAND et P. COURBON 356

A propos d'un syndrome d'affaiblissement à type de paralysie générale avec réactions biologiques négatives, par MM. J. DUBLINEAU et L. BONNAFÉ 359

Séance du lundi 24 novembre 1941

Adoption du procès-verbal 362

Publication des comptes rendus de la Société 362

Correspondance 362

Election de trois membres honoraires 362

Déclaration de vacance de trois places de membre titulaire 363

Paralysie générale observée pendant trois générations successives, par M. X. ABÉLY, Mlle MICUCCI et M. P. SOULAIRAC 363

Syndrome de jeu dramatique post-émotionnel sur fond de caractère schizoïde. Guérison par la cardiazolthérapie, par MM. A. BROUSSEAU et GENDROT 369

Alcoolisme chronique et syndrome hébéphréno-catatonique (considérations à propos d'une observation clinique), par MM. A. SOULAIRAC et S. JOUANNAIS 374

Psychose hallucinatoire d'allure chronique consécutive à une transfixion cranio-cérébrale par balle (Tentative de suicide à la suite d'un meurtre passionnel), par MM. BEAUSSART et G. HEUYER 378

Contribution à l'étude du syndrome hypothermie-œdème-diarrhée par restriction alimentaire, par MM. BESSIÈRE, BRISSON et TALAIRACH 383

Séance du lundi 22 décembre 1941

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Adoption du procès-verbal 390

Correspondance 390

Election de deux membres correspondants nationaux 390

Rapport de la Commission des Finances 391

Rapport du Secrétaire général 392

Augmentation du taux des cotisations 393

Prix de la Société Médico-Psychologique 393

SÉANCE ORDINAIRE

Pages

Troubles complexes du langage au cours d'une syphilis cérébrale, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H. MIGNOT et P. NEVEU 394

Recherches sur 55 cas de crises nerveuses observées en milieu militaire, par M. J. DUBLINEAU 399

Epilepsie et pycnolepsie, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, J. DELAY, DURAND et FOUQUET 407

Electro-choc dans un cas de manie aiguë chez une tuberculeuse. Amélioration importante de l'état pulmonaire, par MM. J RONDEPIERRE, P. BOURGEOIS et Mlle BARRAT 414

Electro-chocs. Résultats thérapeutiques et conclusions, par MM. LEULIER, LECLERCQ et CASALIS 417

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 3 avril 1941 141

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance spéciale du samedi 24 mai 1941 consacrée aux troubles mentaux observés à l'occasion de la guerre 144

VARIÉTÉS

Académie de Médecine : Prix décernés en 1941 423
— — Prix proposés pour 1942 423
— — Prix proposés pour 1943 423
Hôpitaux psychiatriques : Citation à l'ordre de la Nation 155
— — Nécrologie 155, 420
— — Nominations 155, 309, 421
— — Concours 309
— — Création de postes 421

Pages

Hygiène et Prophylaxie : Service social pour infirmes et anormaux dans le canton de Genève 156
— — Loi du 24 septembre 1941 contre l'alcoolisme... 310
— — Obligation prochaine en France du certificat prénuptial 310
— — Projet de stérilisation de certains criminels en Suède 311
— — Augmentation de la criminalité en Suéde 311
— — Doping, alimentation et performances militaires. 422
Infirmerie spéciale 156
Législation médicale : Loi du 26 mai 1941 sur l'exercice de la médecine.... 156
— — Modification à la loi du 7 octobre 1940 instituant un Ordre des médecins 311
Maisons de Santé : Institution d'un Comité d'organisation des Maisons de Santé privées 421
— — Nomination du Comité d'organisation des Maisons de Santé privées 422
Nécrologie : Roger **Dedieu-Anglade** (1899-1940) 160
Ordre National des Médecins : Révision du Code de Déontologie 158
— — — Exercice de la Médecine 158
— — — Création de Commissions régionales..... 159
— — — Statut général des Spécialités..... 159
— — — Dispensaires et Policliniques..... 159
— — — Postes officiels..... 159
— — — Réforme des études médicales. Limitation du nombre des étudiants en médecine... 159
— — — Vœux et suggestions..... 160
— — — Création de « médecins honoraires »..... 312
— — — Conseil départemental de l'Hérault..... 312
Réunions et Congrès : Société suisse de Psychiatrie..... 309
Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé :
— Désignation du nouveau Secrétaire d'Etat..... 308
— Désignation du Secrétaire général..... 308
Société Médico-Psychologique : Séances..... 154, 308, 420
Universités : Genève..... 312
Bordeaux..... 424
Lille..... 424
Montpellier..... 424
Nancy..... 424

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES [1]

A

Alcoolisme chronique et syndrome hébéphréno-catatonique (A. Soulairac et Mlle S. Jouannais), **374.**

Alimentaire (sauvegarde des maladies chroniques en période de carence) (Fr. Adam), **96.**

Avitaminose B1 (sensibilité particulière des malades mentaux à l') (P. Sivadon et P. Quéron), **217.**

— au cours de psychopathies chroniques (M. Montassut, V.-J. Durand et G. Ripart), **221.**

B

Biologie (l'évolution et la finalité en) (J. Piveteau), **152.**

C

Caractère (troubles graves du) par émotions de guerre. Guérison rapide par le cardiazol (A. Brousseau et L. Laffon), **281.**

— (valeur nosologique des troubles du) (J. Dublineau), **332.**

Carcérales (psychoses) (G. Heuyer et Fouquet), **197.**

Cardiazol et chloralose (M. Hyvert), **276.**

Carence (états de) dans les services psychiatriques (Paul Abély), **225.**

Cranio-cérébraux (traumatismes) (R. Thurel), 151.

Crises nerveuses observées en milieu militaire (J. Dublineau), **399.**

D

Délire chronique succédant, après un intervalle libre, à l'alcoolisme subaigu (Mlle J. Lacassagne, Paul Neveu et Lucien Bonnafé), **268.**

Démence précoce (les idées délirantes de jalousie dans la) (Paul Abély et Charles Feuillet), **75.**

Diderot (la psychologie naturiste dans l'œuvre de) (Seillière), 151.

E

Electro-choc (un appareil français pour l'). Impressions cliniques d'après 250 crises. Conditions de déclenchement (M. Lapipe et J. Rondepierre), **87, 287.**

— dans la manie aiguë chez une tuberculeuse (J. Rondepierre, Pierre Bourgeois et Mlle Barrat), **414.**

Electro-chocs. Résultats thérapeutiques (Leulier, Leclercq et Casalis), **417.**

Encéphaliques (syndromes) vraisemblablement phlébitiques (Roussy, Huguenin et Saragino), 142.

(1) Les chiffres en caractères **gras** renvoient aux Mémoires originaux et aux Communications à la *Société Médico-Psychologique*.

Endocrinologie (N. Fiessinger), 153.
Epilepsie (simulation de la crise d') (X. Abély et Yves Longuet), 207.
— et pycnolepsie (Laignel-Lavastine, Jean Delay, Durand et Fouquet), 407.
Erotomanie (Heuyer et Fouquet), 111.
Esquirol. Hommage (Laignel-Lavastine), 162.
— intime (F. Achille Delmas), 173.
— (deux autographes d') (G. Heuyer), 178.
— (à propos du centenaire d') (X. Abély), 180.
Evénements de juin 1940. Manifestations épisodiques (M. Caron), 101.
— (G. Daumézon et L. Cassan), 106.
Excitation psychique et délire de transformation fantastique (Laignel-Lavastine, Bouvet et Maurice), 122.

G

Glioblastome volumineux latent intéressant les deux hémisphères (L. Marchand et P. Courbon), 356.
Guerre (les psychoses confusionnelles de) et leur traitement par l'insuline (H. Baonville et J. Titeca), 144.
— (influence de la) sur l'apparition des psychoses (R. Dellaert), 145.
— (troubles mentaux en temps de) (R. Baudoux), 145.

H

Hallucinatoire (psychose) d'allure chronique après transfixion cranio-cérébrale par balle (Beaussart et Heuyer), 378.
Hémiatrophie faciale et maladie de Basedow associées (J. Decourt, Audry et Blanchard), 141.
Hydrocéphalie (ouverture de la corne sphénoïdale dans le traitement de l') (Le Beau et Daum), 141.
Hypothermie-œdème-diarrhée (syndrome) par restriction alimentaire (Bessière, Brisson et Talairach), 883.

I

Impulsions conscientes et amnésiques au cours d'une psychose mélancolique (Henri Ey et Paul Bernard), 184.
Internements volontairement prolongés (René Charpentier), 20.
Interprétatif (délire) coïncidant avec un syndrome de Basedow (Laignel-Lavastine, Bouvet et Perrin), 255.
Intoxication oxycarbonée accidentelle aiguë. Séquelles mentales (R. Dupouy et Mlle M. Micucci), 34.

J

Jeu (syndrome de) dramatique post-émotionnel sur fond schizoïde. Guérison par la cardiazolthérapie (A. Brousseau et Gendrot), 369.
Jeux syllabiques obsédants chez un psychasthénique (Laignel-Lavastine, Ch. Durand et P. Neveu), 134.

L

Langage (les usages du) (A. Ombrédane), 148.
— (troubles complexes du) au cours d'une syphilis cérébrale (Laignel-Lavastine, Hubert Mignot et Paul Neveu), 394.

M

Malformations congénitales des membres. Hémimélie. Ectrodactylie, etc. (M. Brissot, M. Froidefond et J. Butzbach), 47.
Manie avec signes cliniques d'hyper- et signes biologiques d'hypothyroïdie (J. Tusques), 192.
Mutisme psychogène chez un débile mental (G. Heuyer et Combes), 70.

N

Néphrite aiguë et troubles mentaux (Laignel-Lavastine, Bouvet et Perrin), 349.

Nombre et quantité (E. Pichon), 150.

O

Oculaires (manifestaions) dans les traumatismes craniens récents (Garcin et Guillaume), 143.

Œdème cérébral (inconnues de l'), état terminal d'une syphilis-tuberculose ganglionnaire à symptomatologie de démence précoce (P.-Ad. Chatagnon et Mlle S. Jouannais), 291.

Oligophrénie (épilogue d'une) ostéomalacique (P.-Ad. Chatagnon et Mlle Camille Chatagnon), 299.

P

Paligraphie au décours des chocs insuliniques (L. Fromenty), 228.

Palilalie, symptôme de la série catatonique (L. Fromenty), 232.

Papillotement, persistance, persévération (H. Piéron), 150.

Paralysie générale infantile. Deux examens histo-pathologiques (L. Marchand, Brissot et M. Froidefond), 42.

—— brutale à la suite d'une commotion de guerre (L. Descamps), 146.

—— de Lissauer (Guiraud, G. Deshayes et Mlle M. Micucci), 236.

—— (syndrome d'affaiblissement à type de) avec réactions biologiques négatives (J. Dublineau et L. Bonnafé), 359.

—— pendant trois générations successives (X. Abély, Mlle M. Micucci et P. Souriac), 363.

Paralytique (syndrome). Régression à la suite d'une suppuration (Zaborowski), 38.

Paranoïaque (déviation) d'un mysticisme subnormal (Laignel-Lavastine, Bouvet et Francheteau), 259.

Personnalité (modifications de la). Automatisme mental, épilepsie. Gliome cérébral (L. Marchand, J. de Ajuriaguerra et A. Ménanteau), 59.

Préfrontaux (gliome double des lobes) et syndrome mental (L. Marchand et P. Gouriou), 245.

Presbyophrénie de Wernicke avec ecmnésie et aphasie amnésique de Pitres (Laignel-Lavastine, J. Delay et H. Mignot), 52.

Psychiatrie (Nouvelle thérapeutique en) (A. Leroy), 146.

Psychologie et philosophie (D. Parodi), 149.

Pupillotonie, aréflexie, crises gastriques sans étiologie syphilitique (Sigwald), 142.

R

Réticence dans un délire de filiation (Laignel-Lavastine, Ch. Durand et Paul Neveu), 249.

Rêverie fantastique (délire de) chez un ancien alcoolique (Mlle J. Lacassagne, Paul Neveu et Lucien Bonnafé), 263.

Réversibilité de cas organo-toxiques (O.-L. Forel, Ph. Danjou et G. Favez), 313.

Rohrschach (Test de). Application à l'examen clinique (Laignel-Lavastine, Mme Minkowska, Bouvet et S. Follin), 1.

S

Schizophrénique (syndrome) avec catatonie intermittente (Laignel-Lavastine, H. Mignot et Menanteau), 129.

Sclérose névroglique corticale diffuse d'origine alcoolique. Forme pseudo-tumorale (L. Marchand et P. Courbon), 353.

Service social à la clinique psychiatrique d'Alger (E. Demassieux), 147.

Société Médico-Psychologique. Elections. Membre associé étranger : M. Julio Asuad, 63. — Membres titu-

laires honoraires : MM. Wahl, 196 ; R. Dupouy, Rayneau, Rougean, 362. — Membres eorrespondants nationaux : MM. A. Lamarche, 275 ; W. Aubrun, 331 ; Al. Sizaret, Tison, 391.

———. Attribution du legs Christian, 161.

———. Réunion de la Société suisse de Psychiatrie, 275.

———. Rapport de la eommission des Finanees, 391.

———. Rapport du Secrétaire général, 392.

———. Augmentation du taux des eotisations, 393.

———. Prix de la Soeiété, 393.

Spino-cérébelleuse (dégénération) (Monier-Vinard et Tiret), 143.

Suicide (sensibilité physique et anxiété au eours des tentatives de) (Paul Carrette), 64.

Syphilitiques (lésions) chez un buveur antérieurement atteint de confusion subaiguë (L. Marchand, J. Dublineau, J. de Ajuriaguerra et H. Duchêne), 345.

T

Tabo-paralysie générale juvénile et grossesse (P. Loo et H. Marlot), 181, 304.

Test de Rorschach. Applieation à l'examen elinique (Laignel-Lavastine, Mme Minkowska, Bouvet et S. Follin), 1.

Trophiques (troubles) des extrémités ; syringomyélie ? état dysraphique ? (Ch. Ribaneau-Dumas), 143.

Tumeur cérébrale latente et épilepsie (L. Marchann et P. Gouriou), 241.

V

Vaccination antityphique (réaetions et réaetivations nerveuses après) (H. Baruk), 322.

Z

Zona eervical extensif (J. Lhermitte et Mme Bussière de Robert), 144.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS [1]

A

Abély (Paul) et Feuillet (Charles). Les idées délirantes de jalousie dans la démence précoce, **75**.

—. *Discussion*, 217.

—. Etats de carence dans les services psychiatriques, **225**.

Abély (Xavier). A propos du centenaire d'Esquirol, **180**.

—. Discussion, 192.

— et Longuet (Yves). Simulation de la crise d'épilepsie, 207.

—, Micucci (Mlle M.) et Soulairac (P.). Paralysie générale pendant trois générations successives, 363.

Adam (Frantz). Sauvegarde des malades chroniques en période de carence alimentaire, **96**.

Ajuriaguerra (J. de). V. *Marchand*.

Audry. V. *Decourt*.

B

Baonville (H.) et Titeca (J.). Les psychoses confusionnelles de guerre et leur traitement par l'insuline, 144.

Barbé. *Discussion*, 69, 249, 285.

Barrat (Mlle). V. *Rondepierre*.

Baruk (H.). Réactions et réactivations nerveuses après vaccination antityphique, **322**.

Baudouin. *Discussion*, 344.

Baudoux (R.). Troubles mentaux en temps de guerre, 145.

Beaudouin. *Discussion*, 37.

Beaussart. *Discussion*, 216, 227, 340.

— et Heuyer. Psychose hallucinatoire d'allure chronique après transfixion cranio-cérébrale par balle, **378**.

Bernard (Paul). V. *Ey*.

Bessière, Brisson et Talairach. Syndrome hypothermie-œdème-diarrhée par restriction alimentaire, **383**.

Blanchard. V. *Decourt*.

Bonnafé (Lucien). V. *Lacassagne*.

—. V. *Dublineau*.

Bour. *Discussion*, 94.

Bourgeois (Pierre). V. *Rondepierre*.

Bouvet. V. *Laignel-Lavastine*.

Brissot (M.). V. *Marchand*.

—, Froidefond (M.) et Butzbach (J.). Malformations congénitales des membres : Hémimélie, Ectrodactylie, etc..., **47**.

Brisson. V. *Bessière*.

Brissot. *Discussion*, 37, 42, 59, 68, 110, 216, 285, 367, 399, 413.

Brousseau (A.) et Laffon (L.). Troubles graves du caractère par émotion de guerre. Guérison rapide par le cardiazol, **281**.

— et Gendrot. Syndrome de jeu dramatique post-émotionnel sur fond de caractère schizoïde. Guérison par cardiazolthérapie, **369**.

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux Mémoires originaux et aux Communications à la *Société Médico-Psychologique*.

—. *Discussion,* 416.
Bussière de Robert (Mme). V. *Lhermitte.*
Butzbach (J.). V. *Brissot.*

C

Caron (M.). Manifestations épisodiques dues aux événements de juin 1940, **101.**
—. *Discussion,* 191, 216.
Carrette (Paul). Sensibilité physique et anxiété au cours des tentatives de suicide, **64.**
—. *Discusssion,* 228, 406.
Casalis. V. *Leulier.*
Cassan (L.). V. *Daumézon.*
Ceillier. *Discussion,* 52, 285, 342, 387, 389.
Charpentier (René). Internements volontairement prolongés, **20.**
Chatagnon (P.-Ad.) et Jouannais (Mlle S.). Inconnues de l'œdème cérébral, état terminal d'une syphilis-tuberculose ganglionnaire à symptomatologie de démence précoce, **291.**
— et Chatagnon (Mlle Camille). Epilogue d'une oligophrène ostéomalacique, **299.**
Claude. *Discussion,* 94.
Combes. V. *Heuyer.*
Courbon (P.). V. *Marchand.*

D

Danjou (Ph.). V. *Forel.*
Daum. V. *Le Beau.*
Daumézon (G.) et Cassan (L.). Manifestations épisodiques dues aux événements de juin 1940, **106.**
—. *Discussion,* 206, 285.
Decourt (J.), Audry et Blanchard. Hémiatrophie faciale et maladie de Basedow associées, 141.
Delay (J.). V. *Laignel-Lavastine.*
—. *Discussion,* 343.
Dellaert (R.). Influence de la guerre sur l'apparition des psychoses, 145.
Delmas (Ach.). *Discussion,* 37, 42, 59, 95, 110, 121, 129, 134, 184, 191, 206, 254, 262, 280, 285, 286, 290, 336, 353, 361, 377, 382, 398, 405, 413, 416, 419.
—. Esquirol intime, **173.**
Demassieux (E.). Service social à la clinique psychiatrique d'Alger, 147.
Descamps (L.). Paralysie générale brutale à la suite d'une commotion de guerre, 146.
Deshayes (G.). V. *Guiraud.*
Dublineau (J.). V. *Marchand.*
—. *Discussion,* 284, 285, 367, 368, 399, 413, 416.
—. Valeur nosologique des troubles du caractère, **332.**
— et Bonnafé (L.). Œdèmes observés à l'asile en période de restrictions alimentaires, **336.**
— et Bonnafé (L.). Syndrome d'affaiblissement à type de paralysie générale avec réactions biologiques négatives, **359.**
—. Crises nerveuses observées en milieu militaire, **399.**
Duchêne (H.). V. *Marchand.*
Dumas (Georges). *Discussion,* 344.
Dupouy (R.) et Micucci (Mlle M.). Séquelles mentales d'intoxication oxycarbonée accidentelle aiguë, **34.**
Durand (Ch.). V. *Laignel-Lavastine.*
Durand (V.-J.). V. *Montassut.*

E

Ey (Henri) et Bernard (Paul). Impulsions inconscientes et amnésiques au cours d'une psychose mélancolique, **184.**
—. *Discussion,* 191.

F

Favez (G.). V. *Forel.*
Feuillet (Charles). V. *Abély (Paul).*
Fiessinger (N.). Endocrinologie, 153.
Follin (S.). V. *Laignel-Lavastine.*
Forel (O.-L.), Danjou (Ph.) et Favez (G.). Réversibilité de cas organo-toxiques, **313.**
Fouquet. V. *Heuyer.*
—. V. *Laignel-Lavastine.*

FRANCHETEAU. V. *Laignel-Lavastine.*
FROIDEFOND (M.). V. *Marchand.*
—. V. *Brissot.*
FROMENTY (L.). Paligraphie au décours des chocs insuliniques, 228.
—. La palilalie, symptôme de la série catatonique ? 232.

G

GARCIN et GUILLAUME. Manifestations oculaires dans les traumatismes récents, 143.
GENDROT. V. *Brousseau.*
GOURIOU. *Discussion,* 69, 94, 191, 216, 228, 343, 388, 398, 404, 406, 419.
—. V. *Marchand.*
GUILLAUME. V. *Garcin.*
GUIRAUD. *Discussion,* 52, 58, 95, 184, 206, 217, 228, 235, 249, 342, 352, 368, 399.
—, DESHAYES (G.) et MICUCCI (Mlle M.). Paralysie générale de Lissauer, 236.

H

HARTENBERG. *Discussion,* 69, 216, 405, 412.
HEUYER. Deux autographes d'Esquirol, 178.
—. *Discussion,* 94, 95, 183, 217, 388.
HEUYER et COMBES. Mutisme psychogène chez un débile mental, 70.
— et FOUQUET. Erotomanie, 111.
— et FOUQUET. Psychoses carcérales, 197.
—. V. *Beaussart.*
HUGUENIN. V. *Roussy.*
HYVERT (M.). *Discussion,* 290.
—. Cardiazol et chloralose, 276.

J

JANET (Pierre). *Discussion,* 280.
JOUANNAIS (Mlle S.). V. *Chatagnon.*
—. V. *Soulairac.*

L

LACASSAGNE (Mlle J.), NEVEU (Paul) et BONNAFÉ (Lucien). Délire de rêverie fantastique chez un ancien alcoolique, 263.
—, NEVEU (Paul) et BONNAFÉ (Lucien). Délire chronique succédant après un intervalle libre à l'alcoolisme subaigu, 268.
LAFFON (L.). V. *Brousseau.*
LAIGNEL-LAVASTINE, MINKOWSKA (Mme), BOUVET et FOLLIN (S.). Le test de Rorschach appliqué à l'examen clinique, 1.
—. *Discussion,* 52, 184, 240, 248, 249, 344, 358, 406.
—, DELAY (J.) et MIGNOT (H.). Presbyophrénie de Wernicke avec ecmnésie et aphasie amnésique de Pitres, 52.
—, BOUVET et MAURICE. Excitation psychique et délire de transformation fantastique, 122.
—, MIGNOT (H.) et MENANTEAU. Syndrome schizophrénique avec catatonie intermittente, 129.
—, DURAND (Ch.) et NEVEU (P.). Jeux syllabiques obsédants chez un psychasthénique, 134.
—. Hommage à Esquirol, 162.
—, DURAND (Ch.) et NEVEU (P.). Réticence dans un délire de filiation, 249.
—, BOUVET et PERRIN. Coïncidence d'un délire interprétatif et d'un syndrome de Basedow, 255.
—, BOUVET et FRANCHETEAU. Déviation paranoïaque d'un mysticisme subnormal, 259.
—, BOUVET et PERRIN. Néphrite aiguë et troubles mentaux, 349.
—, MIGNOT (H.) et NEVEU (P.). Troubles complexes du langage au cours d'une syphilis cérébrale, 394.
—, DELAY (J.), DURAND et FOUQUET. Epilepsie et pycnolepsie, 407.
LAPIPE (M.) et RONDEPIERRE (J.). Appareil français pour l'électro-choc, 87.
— et RONDEPIERRE (J.). Impressions cliniques d'après 250 crises. Conditions de déclenchement, 287.
LE BEAU et DAUM. L'ouverture de la corne sphénoïdale dans le traitement de l'hydrocéphalie, 141.

Leclercq. V. *Leulier.*
Leroy (A.). Nouvelle thérapeutique en psychiatrie, 146.
Leroy (R.). *Discussion,* 41.
Leulier, Leclercq et Casalis. Electrochocs. Résultats thérapeutiques, 417.
Lhermitte (J.) et Bussière de Robert (Mme). Zona cervical extensif, 144.
Longuet (Yves). V. *Abély (X.).*
Loo (P.) et Marlot (H.). Grossesse et tabo-paralysie générale juvénile, 181.
— et Marlot (H.). Tabo-paralysie générale juvénile, 304.

M

Marchand. *Discussion,* 37, 68, 121, 240, 297, 353, 361, 368, 377, 406, 412, 413.
—, Brissot et Froidefond (M.). Deux examens histopathologiques de paralysie générale infantile, 42.
—, Rondepierre (J.), Ajuriaguerra (J. de) et Menanteau (A.). Modifications de la personnalité. Automatisme mental, épilepsie. Gliome cérébral, 59.
— et Gouriou (P.). Tumeur cérébrale et épilepsie, 241.
— et Gouriou (P.). Gliome double des lobes préfrontaux et syndrome mental, 245.
—, Dublineau (J.), Ajuriaguerra (J. de) et Duchêne (H.). Lésions syphilitiques chez un buveur antérieurement atteint de confusion subaiguë, 345.
— et Courbon (P.). Forme pseudo-tumorale d'une sclérose névroglique corticale diffuse d'origine alcoolique, 353.
— et Courbon (P.). Glioblastome volumineux latent intéressant les deux hémisphères, 356.
Marlot (H.). V. *Loo.*
Maurice. V. *Laignel-Lavastine.*
Ménanteau (A.). V. *Marchand.*
—. V. *Laignel-Lavastine.*
Micucci (Mlle M.). V. *Guiraud.*
—. V. *Abély (X.).*
—. V. *Dupouy.*
Mignot (Hubert). V. *Laignel-Lavastine.*
Minkowska (Mme). V. *Laignel-Lavastine.*
—. *Discussion,* 129, 134.
Minkowski. *Discussion,* 110, 121.
Monier-Vinard et Tiret. Dégénération spino-cérébelleuse, 143.
Montassut. *Discussion,* 217.
—, Durand (V.-J.) et Ripert (G.). Avitaminose B1 au cours de psychopathies chroniques, 221.

N

Neveu (Paul). V. *Laignel-Lavastine.*
—. V. *Lacassagne.*

O

Oberthür. V. *Thomas.*
Ombrédane (A.). Les usages du langage, 148.

P

Parodi (D.). Psychologie et philosophie, 149.
Péron (Noël). *Discussion,* 183.
Perrin. V. *Laignel-Lavastine.*
Picard. *Discussion,* 110, 280, 291, 343.
Pichon (E.). Nombre et quantité, 150.
Piéron (H.). Papillotement, persistance, persévération, 150.
Piveteau (J.). L'évolution et la finalité en biologie, 152.
Puech. V. *Thomas.*

Q

Quéron (P.). V. *Sivadon.*

R

Rayneau. *Discussion,* 42, 122, 280.
Ribadeau-Dumas (Ch.). Troubles trophiques des extrémités ; syringomyélie ? état dysraphique ? 143.

Ripart (G.). V. *Montassut.*
Rondepierre (J.). V. *Marchand.*
—. *Discussion,* 69, 206, 217, 342, 343.
—. V. *Lapipe.*
—, Bourgeois (Pierre) et Barrat (Mlle). Electro-choc dans la manie aiguë chez une tuberculeuse, 414.
Roussy, Huguenin et Saracino. Syndromes encéphaliques vraisemblablement phlébitiques, 142.

S

Saracino. V. *Roussy.*
Seillière. La psychologie naturiste dans l'œuvre de Diderot, 151.
Sigwald (J.). Pupillotonie, aréflexie, crises gastriques sans étiologie syphilitique, 142.
Sivadon (P.) et Quéron (P.). Sensibilité particulière des malades mentaux à l'avitaminose B1, 217.
Soulairac. *Discussion,* 343, 389.
— et Jouannais (Mlle S.). Alcoolisme chronique et syndrome hébéphréno-catatonique, 374.
Souriac (P.). V. *Abély (X.).*

T

Talairac. V. *Bessière.*
Thomas (A.), Puech et Oberthür. Paraplégie scoliotique, 142.
Thurel (R.). Traumatismes cranio-cérébraux, 151.
Tiret. V. *Monier-Vinard.*
Titeca. V. *Baonville.*
Tusques. *Discussion,* 52.
—. Manie avec signes cliniques d'hyper- et signes biochimiques d'hyperthyroïdie, 192.

Z

Zaborowski. Régression d'un syndrome paralytique à la suite d'une suppuration, 38.

Tome II. — N° 1-2 Juin-Juillet 1941

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE TEST DE RORSCHACH APPLIQUÉ A L'EXAMEN CLINIQUE

PAR

M. LAIGNEL-LAVASTINE, Mme MINKOWSKA, BOUVET et S. FOLLIN (1)

La base de tout examen médical est et reste l'observation clinique. Tous les autres moyens d'exploration n'ont que la valeur de méthodes *adjuvantes*. En médecine mentale pourtant dans cet examen clinique l'interrogatoire occupe une place importante. Il se confond en partie avec ce que dans les autres branches de la médecine nous appelons la constatation des signes objectifs. Cet interrogatoire confère d'emblée à l'examen quelques particularités : il est dirigé par l'examinateur, il doit aboutir à une formule facilement descriptible et est en même temps dominé par le souci d'apprécier les réactions sociales du malade en vue d'une décision à prendre ; de ce fait le côté individuel, le côté immédiat (et en même temps tout ce qui reste obscur) se trouve parfois relégué à l'arrière-plan ; le malade a souvent l'attitude d'un

(1) Voir aussi communication faite à la Société Médico-psychologique à la séance du 25 novembre 1940 (*Annales Médico-psychologiques*, novembre-décembre 1940, page 289).

ACQUISITION

individu qui subit un interrogatoire et se présente à nous sous cet angle spécial.

Les tests peuvent compléter utilement cet examen ; ils ont ceci de commun qu'ils placent le malade devant une *tâche* précise et font ainsi appel à une activité *spontanée* du sujet.

Dans cette voie le test de Rorschach nous éloigne encore davantage de la situation de l'interrogatoire ; il n'a plus du tout recours à des questions, ne vise point les connaissances acquises, n'est pas limité à une seule réponse valable, mais met le malade en face d'impressions visuelles inattendues, inaccoutumées, variées quant aux contours et aux couleurs sans signification précise et déclenche ainsi des réactions spontanées et personnelles sans l'intervention de l'examinateur.

Rorschach, jeune psychiatre suisse, élève de Bleuler, né en 1884, publia son ouvrage en 1921. Un an plus tard, une mort brutale et prématurée mettait un terme à son activité scientifique. Le manque de place ne nous permet pas de nous étendre sur l'œuvre de Rorschach. Nous essayerons seulement de situer cette œuvre dans l'époque où elle est née. Issu de l'école de Zurich, fortement influencé par la psychanalyse, Rorschach pourtant éprouvait le besoin de dépasser l'une et l'autre. C'est là la source de son œuvre. Le *contenu* de la psychose mis en relief après Freud par Jung à la Clinique de Zurich, ne lui suffit point ; à côté il y a la *forme,* et le nom même qu'il donne à son test, à savoir « Formdeutungsversuch », « essai d'interprétation de la forme », indique bien la voie qu'il veut suivre. Cette voie devait l'éloigner momentanément de la psychiatrie clinique et le rapprocher de la psychologie normale et plus exactement de la typologie ou de la caractérologie. Il s'agissait, en partant des données fournies par le test, d'établir divers types d'individus. Nous reviendrons là-dessus plus tard en exposant la technique du test. Ici il importe de souligner seulement que les types établis représentent un essai de psychologie sans liaison avec la classification psychiatrique nosographique contrairement à ce que nous voyons, par exemple, chez Kretschmer ou chez Delmas et Boll.

La mort de Rorschach ayant interrompu ses recherches, son premier essai constitue toute son œuvre, avec tout ce qu'un tel essai a encore d'inachevé et de perfectible. Il ne lui a pas été donné de développer lui-même toutes les possibilités contenues dans son œuvre. Ceux qui ont travaillé après lui, par un sentiment de piété, ont cru devoir s'en tenir exactement aux premiers

enseignements du maître ; de là comme un arrêt dans la marche d'une découverte appelée à évoluer, car de même que la psychanalyse, qui est partie des névroses, s'est tournée ensuite vers les psychoses, de même le test de Rorschach, centré à ses origines sur les notions psychologiques, devait trouver son application en psychiatrie clinique.

Le test de Rorschach a été appliqué sur une vaste échelle par les psychologues, les pédagogues et les psychanalystes. Bien que la technique soit toujours la même, la façon d'interpréter le test varie, chacune de ces disciplines posant des problèmes différents et apportant des points de vue spécifiques. Pour ce qui est de la psychiatrie, on s'est surtout attaché, en partant du diagnostic clinique, à établir pour chaque forme nosologique les caractères particuliers du test. L'un de nous a de même appliqué le test aux épileptiques et a abouti à des conclusions en relation avec ses conceptions relatives à la psychopathologie de ces malades ; ceci fera l'objet d'un mémoire ultérieur. Aujourd'hui, nous procédons d'une façon un peu différente. Nous ne nous sommes pas attachés à une catégorie quelconque des cas-types, mais nous avons étudié des cas isolés, qualifiés d'intéressants du point de vue clinique, c'est-à-dire présentant quelques particularités d'interprétation difficile.

Dans ce groupe de malades nous croyons distinguer trois catégories : 1° le délire, apparent dans l'examen clinique, ne se manifeste pas dans le test de Rorschach ; 2° le test montre une atteinte de la personnalité beaucoup plus profonde que l'examen clinique pouvait le faire supposer, dans le sens d'une dissociation schizophrénique, par exemple, ou inversement ; 3° le test de Rorschach traduit aussi bien l'aspect délirant que la partie non touchée par le délire de la personnalité du malade. Nous croyons que cette interaction du test et de la clinique est particulièrement profitable pour l'une comme pour l'autre.

Nous passons à présent à la technique du test. Nous l'exposons d'une façon très succincte en renvoyant pour les détails à l'article de M. Monnier, paru dans l'*Encéphale* en 1934, où l'on trouve également toute la bibliographie relative à ce sujet, et à la thèse de Mme Schapiro-Pollack à la Faculté des Lettres de Paris (1935).

Le matériel du test consiste en une série de 10 images. Ces images sont de forme indéterminée, obtenues en éclaboussant d'encre noire et colorée des feuilles de papier que l'on plie ensuite par leur milieu de manière que les taches produites

s'étendent symétriquement sur les deux feuilles. Les planches I, IV, V, VI, VII de la série originale offrent les tonalités d'un lavis, du gris clair au noir ; les planches II et III contiennent en outre le noir et le rouge ; les planches VIII, IX et X sont multicolores. Les planches sont présentées l'une après l'autre et la question qui est posée est : « Qu'est-ce que cela pourrait être ? » ou en cas d'hésitation ou d'inhibition : « A quoi cela peut-il bien ressembler ? A quoi cela vous fait-il penser ? » On invite le malade à tourner la planche comme il l'entend. Il importe en dehors des réponses d'observer le comportement du malade et de le noter aussi soigneusement que celles-ci (attitude appliquée, figée, d'opposition, sourire, rire, hésitation, mutisme, etc.).

Nous reproduisons à présent parallèlement, à titre d'exemple, les réponses de deux malades.

Voici le résumé de leurs observations cliniques :

Observation I. — Mme B. a été présentée à la *Société Médico-psychologique* à la séance du 11 juillet 1940. Agée de 45 ans, dactylographe, elle a été internée en avril 1938 au cours d'un accès de dépression mélancolique typique avec tentative de suicide. Après une amélioration passagère, elle retombe progressivement dans un état d'anxiété intense et, exprime des idées délirantes d'énormité et d'immortalité, mais toujours sous une forme interrogative. Il semble qu'elle traduit ainsi un trouble profond et indéfinissable. « Elle ne sait pas si elle est morte ou vivante. » « Elle est quelque chose d'intermédiaire. » Ces idées n'ont pas évolué depuis.

Il est à retenir que, dès sa plus jeune enfance, cette malade présentait une inquiétude, des scrupules, un doute métaphysique, qui pouvaient faire penser que cette structure caractérologique a pu intervenir sinon dans la genèse du délire, du moins dans cette forme particulière de doute, d'hésitation devant une réalité éprouvée comme anormale et difficilement traduisible dans les termes du langage courant et même d'un délire du type du syndrome de Cotard.

Observation II. — Mlle G., âgée de 28 ans, employée des P.T.T., est internée en novembre 1938 à l'asile de Fleury-les-Aubrais pour un syndrome confusionnel avec idées délirantes polymorphes, désordre dans les actes, préoccupations de nature érotique. Au cours des événements de juin, elle s'évade de l'asile, s'adresse à son tuteur qui ne veut plus d'elle, vient alors sans encombre jusqu'à Paris, se réfugie dans un centre d'accueil avant de chercher du travail. Le 12 juillet elle se présente spontanément à l'Hôpital Henri-Rousselle pour se faire réinterner. Là est posé le diagnostic de schizophrénie à forme paranoïde, caractérisée par des idées délirantes sans systématisation, à base d'interprétations et d'hallucinations de tous les sens, par de la

dissociation, des néologismes, etc... La malade entre à la clinique. Ici, on est frappé par l'écart entre le fond délirant et la présentation de la malade : aisée, adaptée (nous rappelons également son comportement pendant la fugue), avec un bon contact, avec conservation du comportement social. A peine notait-on quelques sourires non motivés et l'emploi de quelques mots dans un sens un peu personnel. C'est à cette date que fut fait le test de Rorschach, dont nous aurons à parler.

Le 20 novembre, au moment du transfert, le tableau clinique est sensiblement modifié, aggravé, la discordance schizophrénique est des plus accusées, se traduisant surtout dans un langage alambiqué, vide, dissocié, avec néologismes ambivalents. En outre, la malade qui, au début, avait une toilette soignée, se désintéresse de plus en plus d'elle-même.

Voici les réponses des deux malades :

Mme B.,	Mlle G.,
I. — 1. Un papillon, une chauve-souris.	I. — 1. Un sacrum, des vertèbres.
2. Trop vague, trop imprécis.	2. Une raie qui n'aurait ni queue ni tête.
3. Une petite femme qui tendait les bras.	4. Un vol d'avions : les réflexes, les réminiscences mentales ; une idée du plan.
II. — 1. Deux têtes de chiens dont les museaux seraient *l'un contre l'autre.*	II. — 1. Je suis anxieuse ; une partie sexuelle (féminine ?) probablement... à moins la coupe d'un osselet — je crois que ce sont des choses anatomiques, certainement du sang, à moins que ce ne soit l'utérus.
2. Deux dames avec des chapeaux (partie rouge).	
3. Deux museaux de clowns (renversé).	
4. Je vois comme une tache de sang ; çà me donne cette impression. Je me suis donc empoisonnée.	
III. — 1. Des ombres chinoises. Deux petits bonshommes qui porteraient un paquet dans leurs mains.	III. — 1. Est-ce que c'est une partie sexuelle, une réminiscence brutale ? partie anguleuse d'un poulet — je ne cherche pas à trop approfondir une particularité. une virginité positive.
2. Deux arbres, une tête d'homme, entre (renversé).	
3. Deux poissons que je ne connais pas (latéral).	

IV. — 1. On dirait: un gorille qui fait des efforts (mime).
Deux écureuils (renversé, lat. sup.).
Elle n'est pas belle la planche, elle est confuse.

V. — 1. Celle-ci ne donne rien ou des signes que je ne comprends pas.

VI. — 1. Celle-ci ne donne aucun détail que j'aie connu étant normale.
2. Deux têtes d'homme *dos à dos,* bouche ouverte (renversé p. sup.) avec des bras, le bas ne me donne rien.
3. Deux seins (exact).

VII. — 1. Deux danseuses qui tournent le dos (renversé) ; qu'est-ce qui les surmonte ?
2. C'est la voûte. Comme *envolée,* comme mouvement.
3. Deux jambes tout à fait petites ; très jolie cette image.

VIII. — 1. Je vois la tête couronnée, le diadème.
2. Deux petits animaux qui sont semblables, ce ne sont certainement pas des rats, ce n'est pas un porc, pas un chien.
3. Un navire avec des voiles (renversé, gris, jaune, rouge).

IV. — 1. (Sourit chaque fois). Une coupe de moelle épinière.
Un très bel ours, une peau d'ours qui peut être sectionnée.
Un fossile reconstitué.

V. — 1. C'est une petite vertèbre, la coupe de moelle épinière.
2. Une chauve-souris, un vampire.
3. Un oiseau, le reptile volant, un ichtyosaure ; j'aimais bien l'histoire naturelle.

VI. — 1. Ce doit être la coupe de la moelle épinière, de la tête peut-être, une partie de la moelle épinière, c'est amusant.
2. Des œufs d'une mouche, une photographie d'une coupe d'une étude sanguine sur laquelle étaient répandus les œufs d'une mouche.

VII. — Une matrice ouverte ? c'est épouvantable.

VIII. — Je n'ai pas d'imagination pour ça, l'intérieur du rectum ? J'ai pensé à Romulus et à Remus — une louve —, vous êtes fasciste, Madame ? Une partie sexuelle avec les œufs, le symbole romain.

IX. — 1. Un vase avec des fleurs (image renversée). 2. Un paysage, j'ai vu en l'espace d'un éclair. 3. Deux têtes de femmes.	IX. — C'est toujours la même chose.
X. — 1. Deux silhouettes (rouge). 2. Des fleurs (jaune). 3. Têtes de femmes (vert-rouge). 4. Deux têtes d'homme (rouge). 5. Deux crabes (bleu). 6. Silhouette de femme avec des fleurs à la main (rouge-jaune).	X. — Je ne suis plus la fonction ovarienne, c'est bizarre ces couleurs.

Il s'agit maintenant de voir comment peuvent être utilisées ces réponses. D'après la technique classique de Rorschach, l'interprétation du test comporte trois opérations : 1° l'évaluation qualitative des réponses ; 2° l'évaluation quantitative avec pourcentages et corrélations ; 3° conclusion sous forme d'un psychogramme (type du sujet). En voici les grandes lignes :

L'*évaluation qualitative* a pour objet la classification des réponses. Il importe de souligner d'emblée que celle-ci se fait en premier lieu non pas d'après le contenu, mais d'après la forme, ce qui veut dire que la question primordiale est non pas *ce que* voit le sujet, mais *comment* il le voit. Conformément à ce principe, les réponses sont classées d'après les trois points suivants :

1° l'image est-elle interprétée comme un tout ou dans ses parties, c'est-à-dire la réponse est-elle globale (G) ou en détails grands (D) ou petits (Dd) ou encore vise-t-elle l'espace intermaculaire blanc (Dim.) ;

2° est-ce la forme (F) qui a déterminé l'interprétation ou bien le sentiment de mouvement, c'est-à-dire l'élément kinesthésique (K) ou enfin la couleur (C) ? Certaines réponses peuvent se trouver à cheval sur deux de ces facteurs, comme par exemple la forme et la couleur (F C ou C F) selon la prédominance de l'un ou de l'autre ;

3° quel est le contenu de la réponse : formes animales (A, Ad), formes humaines (H, Hd), objets (O), plantes (Pl), formes anatomiques (Anat), etc.

Le *mode de perception,* qui se reflète dans la prédominance des réponses G ou D (ou Dd), révèle le type d'intelligence (abstrait, théorique, pratique). Une autre composante de l'intelligence est exprimée par le pourcentage des bonnes formes. Les réponses kinesthésiques (K) semblent avant tout caractéristiques d'un facteur créateur et personnel, c'est-à-dire d'une intelligence en rapport avec les processus affectifs. Les réponses chromatiques (C) enfin sont considérées comme représentant l'affectivité. Tout cela est présenté ici sous une forme très schématique, à cause du manque de place tout d'abord, mais aussi parce que certains points sont difficilement traduisibles dans une forme précise.

L'*évaluation quantitative* établit, après un calcul complexe, les pourcentages et les corrélations entre les réponses classées d'après leurs caractères qualitatifs. Ce calcul mène au psychogramme typologique du sujet (mode contracté : prépondérance des interprétations d'origine formelle ; mode introversif : prépondérance des facteurs kinesthésiques ; mode extratensif : prépondérance des facteurs chromatiques ; mode équilibré (ambiégal) : nombre égal de réponses kinesthésiques et chromatiques). Nous sommes sciemment très brefs en ce qui concerne ces deux dernières parties de la technique de Rorschach ; nous les utilisons peu, parce qu'elles alourdissent le maniement du test et sont centrées sur des types psychologiques, tandis que notre but est d'adapter le test à l'examen clinique. C'est pour la même raison que nous débordons, par un autre côté, la technique de Rorschach en faisant une large part à l'observation du comportement du sujet pendant l'exécution du test ainsi qu'aux particularités du langage dont il se sert. En effet, le comportement a une grande importance pour la clinique et le langage révèle la structure psychopathologique de l'individu.

Ceci dit, voici les *conclusions* du test de Rorschach pour nos deux malades :

Test de Mme B. — I. Triage des réponses : les réponses sont globales ou de grands détails ; ce sont surtout des réponses de forme avec trois réponses kinesthésiques ; la malade réagit aux couleurs. Le contenu des réponses : têtes humaines, objets, animaux. Réponses personnelles, fines, très nuancées.

II. Le comportement, le langage, les expressions : 1) La malade n'est ni méfiante, ni hostile à l'égard de la testeuse. Elle est un peu inquiète au sujet de cette expérience psychologique, cherche

appui et réconfort auprès de M. Follin, qui assiste à l'expérience. Elle saisit tout de suite le sens du test ; 2) La première réponse à la première planche est bonne, mais banale (chauve-souris). La deuxième : « trop vague, trop imprécise ». La troisième : « une petite femme qui tendait les bras ». Déjà de ces trois réponses à la première planche se dégagent les éléments suivants : *a*) elle est capable de bonnes réponses banales, adéquates, tantôt de forme, tantôt kinesthésiques ; *b*) elle a un très grand souci de la précision, pas de précision abstraite et systématique, mais conforme à la vérité et à la réalité (tendance scrupuleuse aussi bien du point de vue moral qu'intellectuel) ; *c*) l'expression « tendait les bras » de même que les expressions analogues que nous trouvons dans les planches : « les museaux *serrés l'un contre l'autre,* deux têtes d'hommes *dos à dos* », traduisent le besoin de *rapprochement.*

Ces trois composantes s'opposent au diagnostic possible de schizophrénie. Ces éléments se répètent à travers tout le test. Ce sont des réponses personnelles, mais en contact avec la réalité (on voit bien ce que la malade dit). Dans les planches V et VI, qui ne lui disent rien, elle ne donne aucune réponse, mais après avoir fourni un effort et ne voulant pas dire *n'importe quoi.* La malade réagit aux kinesthésies. Dans la VII[e] planche, très belle réponse : « deux danseuses », elle mime « l'envoléc », c'est-à-dire elle est capable de *recréer* le mouvement. En résumé : bon contact affectif, certain éloignement de la réalité avec tendance à s'en rapprocher. Attitude un peu rêveuse, d'un autre côté très scrupuleuse. Goût artistique. Pas d'inhibition. Le côté délirant n'est pas visible dans le test.

Le test de Mlle G. se présente d'une façon tout à fait différente. Ici le triage des réponses est en général difficile à faire. Pourtant une impression d'ensemble se dégage : la malade n'a pas perdu le contact affectif qui se reflète aussi dans sa « discordance souriante » (expression employée dans l'observation clinique) et dans son aspect pycnique. Par contre, les réponses sont très mauvaises. Elles sont très stéréotypées, monotones, pauvres, bizarres, prétentieuses et dissociées. Les réponses sont inadéquates presque pour toutes les planches (nous remarquons en passant que cette distinction entre « adéquat » et « inadéquat », si importante pour la psychiatrie, n'intervient pas dans la formule classique d'interprétation du test). Les réponses à contenu anatomique prévalent de beaucoup. Il s'agit soit de parties sexuelles féminines (matrice, fonction ovarienne, matrice ouverte), soit d'autres parties du corps (les vertèbres, la coupe de la moelle épinière, etc.).

Ces réponses sont surtout frappantes dans les planches qui déclenchent d'habitude des réponses kinesthésiques. Les réponses données en seconde ligne aux planches IV, V, VI sont plus adéquates, mais chargées d'éléments recherchés (reptile volant, ichtyosaure, plan volant d'un avion, etc.), inaccoutumées, bizarres. Pour la planche VIII, première réponse : l'intérieur du rectum, après Romulus, la louve, et à la suite de cette réponse une conversation s'engage, au cours de laquelle la malade perd son attitude discordante, abstraite, stéréotypée, fait des réflexions au sujet de la guerre, de l'exode, de la misère, des souffrances, qui ont un caractère humain. D'après le test, le pronostic est mauvais, atténué légèrement par le comportement de la malade au cours de la conversation. L'intensité du processus dissociatif ressort beaucoup plus nettement dans le test qu'à l'examen clinique, qui ne devait confirmer cette intensité que plus tard.

Nous avons étudié ces deux cas, pris non parmi les plus intéressants, mais parmi les plus démonstratifs. Dans l'un d'eux nous avons mis en relief l'intensité d'une dissociation schizophrénique, tandis que dans l'autre nous excluions ce diagnostic au profit d'un caractère porté au doute, scrupuleux, rêveur. Dans les deux cas il s'agissait ainsi d'apporter plus de précision au diagnostic clinique.

Le problème posé par le test de Rorschach ne se présente pas toujours sous cet angle. Nous rappelons ici le cas de deux sœurs jumelles M., âgées de 54 ans, atteintes d'un délire d'interprétation à deux, qui ont fait l'objet d'une communication à la séance du 14 mars 1940 de la Société Médico-psychologique (1) (MM. Laignel-Lavastine et Bendit). Pour le côté clinique nous renvoyons à cette communication. Le test de Rorschach nous a permis non seulement de différencier la personnalité forte de l'inductrice d'avec la personnalité plus faible de l'induite, mais encore de démontrer dans quelle mesure la personnalité première des deux sœurs, artistes peintres toutes les deux, était relativement peu touchée par le délire, constatation assez imprévue et ayant son importance tant en ce qui concerne le pronostic que, le cas échéant, les décisions pratiques à prendre.

Nous ne reproduisons pas les tests en entier ; nous nous bornerons aux réponses données à la IIIe, VIIe et IXe planches.

Juliette M... (élément inducteur, caractère paranoïaque d'après le certificat).

(1) *Annales Médico-psychologiques*, mars 1940, page 237.

La malade sourit en regardant la III[e] planche : C'est gentil. C'est un dessin japonais, des petits personnages, ils ont l'air de tenir une petite chose ; ces deux choses qui gênent (part. inf. rouge). C'est joli, des petits personnages drôles avec la colonne vertébrale, avec la tête, s'observent, spirituels, légers, jolies proportions ; des crustacés tout à fait en dehors du réel. Chacun tient un petit panier. C'est bien placé ; s'il n'était pas là, il manquerait. Le cou est long, petite tête, le nez qui se confond avec le menton. Ce sont des caricatures, *sans méchanceté,* elles sont gentilles ; j'insiste, de l'esprit et de la drôlerie sans méchanceté, *pour l'amusement.*

VII[e] planche : C'est très joli ; deux silhouettes, deux personnes sans jambes ; une tête drôle, un petit museau, une coiffure haute, une sorte de corps ; de petites folies, elles viennent se poser sur un piédestal, comme un petit socle ; on en ferait un petit bibelot. Deux petites Tanagra, elles ne sont ni laides, ni cruelles, elles sont presque jolies ; il y a un profil qui se découpe en silhouette avec petit menton découpé.

IX[e] planche : C'est mieux, c'est presque japonais, il y a des chevaux marins, des algues, c'est un artiste inspiré par le japonais, avec un fond, c'est du corail, la couleur est jolie, c'est très compliqué, imagination du japonais, c'est transposé ; plus près de la nature chez nous, plus près de la race ou de son enseignement. Deux masques s'établissent de deux côtés.

Jeanne M... (sœur jumelle, l'élément induit).

III[e] planche : Deux petits personnages qui ont l'air de tenir un récipient.

VII[e] planche : Un petit museau, une petite oreille, deux petites têtes de lapin, museaux noirs.

IX[e] planche : Ce sont des chevaux marins, ça vient et s'accroche, on peut imaginer qu'ils sont au fond de la mer, on voit du vert, on voit du rouge, ils sont drôles.

Si nous analysons ces réponses (tout le test reflète les mêmes caractères) nous pouvons souligner les points suivants : 1) nulle trace du fond délirant dans ces réponses ; 2) les réponses sont adéquates, globales dans la majorité des cas, réponses de forme kinesthésiques, de forme-couleur ; 3) elles sont toujours précédées d'une appréciation d'ordre esthétique. De ce point de vue il y a une très grande analogie entre les tests des deux sœurs quant à l'orientation générale.

Mais le test de Juliette est plus riche, contient beaucoup de détails descriptifs, qualificatifs, des nuances. Elle se meut avec une certaine aisance dans le domaine esthétique : on voit bien que ce domaine représente pour elle le seul monde réel. Sa sœur Jeanne lui ressemble beaucoup. Mais ce qui est développé chez

Juliette ne se présente chez elle que comme une ébauche ; on aurait dit que c'est une dilution aqueuse des réponses de Juliette.

Comparons ces deux tests avec l'observation clinique. Nous constatons tout de suite des convergences et des divergences avec cette observation. La convergence concerne la ressemblance profonde entre les deux malades, le rôle actif de Juliette (élément inducteur) et l'élément faible, passif de Jeanne.

La divergence pourtant est considérable : d'après les certificats, d'après l'observation, nous avons affaire à un délire interprétatif de persécution et à un fond mental paranoïaque chez Juliette. Or, dans les deux tests, aucune indication du fond délirant. De plus, les deux sœurs ne montrent aucune méfiance ni hostilité pendant l'épreuve. Dans le test de Juliette en particulier la grande aisance de même que les répétitions du mot « joli », des expressions telles que : « des carricatures sans méchanceté, pas cruelles, faites pour l'amusement », vont à l'encontre de l'attitude paranoïaque.

Comment peut-on mettre d'accord l'observation et le test dans ce cas ? Lequel des deux est valable ? Nous pouvons retracer un tableau synthétique. La personnalité des deux sœurs n'est pas envahie entièrement par le délire. Ce sont deux personnes ayant réellement de l'attachement pour l'art (sans préjuger de leurs talents) et ayant mené leur vie en dehors du cadre habituel de la vie sociale. La mort du père, les difficultés pécuniaires, la nécessité de rentrer en contact avec la réalité de tous les jours font ressortir péniblement leur inadaptation à la vie courante. Elles se sentent crispées, menacées ; tout leur paraît hostile et elles réagissent par un délire interprétatif de persécution, où Juliette se montre active, en disposant de plus de moyens, et Jeanne, partageant l'hérédité de sa sœur et les mêmes traumas et conflits ; mais, étant plus pauvre, ayant moins de ressources, subit le délire de sa sœur.

Le test, en tant que méthode adjuvante, sans diminuer en rien la valeur de l'observation, a son rôle à remplir : 1) au point de vue de l'analyse, il apporte une différenciation plus nuancée dans des mécanismes aussi vastes que ceux de l'interprétation et de la persécution, (car il y a toute une série d'échelons entre le vrai délire de persécution et les réactions de cet ordre chez les normaux) ; 2) pour le pronostic et pour les mesures à prendre, il peut apporter des indications importantes. Pour nos deux sœurs il atténue la gravité du pronostic. Les malades de cet ordre, bien qu'inadaptées à la vie, pourraient néanmoins bénéficier de conditions plus favorables que celles qu'offre l'asile.

Pour terminer, nous présentons intégralement un test qui offre un intérêt particulier en raison des réponses très personnelles, très différenciées, en partie adéquates, en partie reflétant le thème symbolique ou délirant de la malade et où la richesse du langage nous éloigne de la formule du triage des réponses. Voici le test :

Mlle P..., âgée de 35 ans.

I. — 1. Une chauve-souris.

Je ne détache pas.

2. Une lanterne supportée par une armature, le dessin comme c'est une ombre ; au milieu, l'armature, des ailes, l'armature de deux oiseaux morts (renversé).

3. Une lanterne, il y a du jour, la flamme.

4. Des griffes qui soutiennent la lanterne (renversé inf.).

II. — 1. Le milieu me fait penser au corps d'une ballerine qui se détache sur un fond noir.

2. Ici, un volcan, qui sort de la profondeur de la terre, c'est-à-dire un volcan en éruption ; le feu sort du fond de la terre.

III. — 1. Des ombres de garçons de café, ceux qui sont maigres naturellement (rit) :

2. Le milieu rouge est un papillon, une pensée pour moi, c'est léger (fait un mouvement), pour moi ce sont des squelettes ; c'est une pensée entre deux squelettes.

Du léger, du transparent, c'est une pensée du bien et du mal ; la pensée se traduit par la parole.

IV. — 1. J'ai l'impression que je me trouve devant un diable (rit) ; avec des jambes énormes, un être informe qui a l'air de *gesticuler*.

2. Un hibou.

V. — Si, je vois un hibou ; ici la chouette ; jamais je ne l'ai vue au naturel ; un papillon aussi (renversé).

VI. — Ceci me fait l'effet d'une chose céleste, sortant de terre, les ailes, de la profondeur de la terre.

Ça me fait l'effet d'une découverte (hésite, fatiguée), parce que *ça* sort d'un corps et ça doit être léger.

VII. — 1. Un être monstrueux, mais *désarticulé*, les morceaux ne sont pas ensemble, la tête au commencement (la partie médiane), la cuisse avec la patte (p. sup.) et après le thorax (p. inf.). Ainsi il ne peut pas vivre, et *assemblé*, il pourrait faire un être.

2. L'impression de deux ombres dansantes, descendant des nuages (renversé).

3. Une tête avec l'épaule, une tête se lève parce qu'elle est dominée par les anges, ce sont deux anges qui semblent accompagner.

VIII. — C'est l'ombre d'un squelette, ensemble, c'est difficile à définir, j'ai l'impression, ça paraît le corps d'une bête de chaque côté, c'est la création de deux êtres — la terre, l'eau, l'air dominés par le ciel, ce serait une fermentation.

La couleur n'est pas dans le juste ; ça ne me guide pas, ça me trompe.

IX. — Du fond de la terre est sortie la végétation, la sève, c'est la création ; le tremblement de la terre, il sort de l'électricité du fond de la terre, le tremblement fait ouvrir la terre pour passer.

X. — Les fleurs, les couleurs ; c'est léger ; des étoiles, des couleurs sont créées par le ciel, ce sont les parfums qui sortent de la terre.

L'interprétation du test :

La malade comprend de suite le test sans de longues explications. Elle répond sans hésitation à la première planche : « chauve-souris ». Elle regarde les planches avec une certaine curiosité, donne 3, 4 réponses à chaque planche. Tandis que la première réponse est pour la plupart du temps adéquate et assez banale, les suivantes sont très personnelles, à forme différenciée et symbolique, mais sans caractère délirant net. Si on procède au triage des réponses on constate que la plupart des réponses sont globales ou ont trait à de grands détails ou aux détails blancs intermaculaires, ces dernières devant être interprétées d'après Rorschach comme tendance à l'opposition. Ce sont des réponses de forme, des kinesthésies (5), de forme-couleur.

La malade est très impressionnée par les couleurs des trois dernières planches, passe tout de suite aux réponses symboliques, allant dans la direction de son délire et trouve que « la couleur n'est pas dans le juste, ça ne me guide pas, ça me trompe », ce qui correspond, d'après Rorschach, à un vrai choc affectif et doit être interprété comme signe de refoulement.

Cet essai de triage est pour le test de notre malade insuffisant ; les secondes réponses ne se laissent pas renfermer dans une formule. Par contre, notre attention est attirée par les expressions particulières employées par la malade. Quatre modes d'expressions se répètent à travers tout le test, ils jouent certainement un très grand rôle dans le « vécu » de la malade. Ce sont les « ombres », « le corps », « la profondeur, (le fond) » et « léger ». Ce qui est frappant c'est que « l'ombre » ne figure pas toute seule, elle est ajoutée à une image concrète (ombres de garçons de café, l'ombre du dessin) ou à une kinesthésie (ombres dansantes), comme si la malade, en percevant le monde extérieur, voulait *immatérialiser* le *matériel*, le spiritualiser, ou

tamiser la lumière crue du jour. D'autre part, il est question d'une éruption volcanique, d'une force céleste qui sort des profondeurs de la terre. Et à cette image symbolique, un peu pesante et lourde, mystérieuse et abstraite, la malade associe les mots « léger et transparent », en accompagnant ces mots d'un geste vraiment léger et vivant. Elle associe le mot « léger » à la pensée. Il existe chez elle une association d'éléments contradictoires, tout à fait opposés, qui s'enchevêtrent et qui ajoutent une note de « vécu » à l'ensemble abstrait et symbolique ou délirant de la malade. Une réponse tout à fait à part est celle que donne la malade à la planche VII[e]. Un être monstrueux, mais *désarticulé*, les morceaux ne sont pas ensemble, et ici la malade énumère : la tête (la partie médiane), la cuisse avec la patte (la partie inférieure qui est généralement interprétée comme visage), situe le thorax en bas et ajoute : « ainsi il ne peut pas vivre et *assemblé* il pourrait faire un être ». Ce qui est frappant ici, c'est la possibilité de désarticuler, de désagréger le tout et d'envisager en même temps l'assemblage — c'est-à-dire la coexistence de deux directions opposées, à l'instar de ce qui a été constaté plus haut à propos de la profondeur, des ombres et du léger. Ces oppositions et ces tendances divergentes si marquées se retrouvent dans le certificat, qui sera cité plus loin, sous forme de « polymorphisme des troubles psychiques ». — La malade n'est ni figée, ni autiste, elle ressent le mouvement, elle donne des réponses adéquates et vécues, mais la faculté de *désarticuler* fait penser à une composante schizophrénique, compensée par la faculté « d'assembler ».

Voici le résumé de l'observation clinique de cette malade :

Louise P..., 31 ans, sans profession. Aspect asthénique.

Internée le 30 octobre 1940 avec le certificat suivant de M. Logre : « Troubles psychiques polymorphes. Aspect discordant. Préoccupations mystiques et humanitaires. Elle a découvert qu'en toutes choses il y a deux côtés, le ciel et la terre. Elle est à la fois idéaliste et réaliste. Elle hésite entre les deux. Mais depuis sa découverte elle se dirige vers l'idéalisme. Elle est dès maintenant irréelle. Refuse la nourriture. Son corps la soutient, mais il lui faut un ravitaillement spirituel. Elle ne veut vivre que d'idéal, commence à jeûner pour quitter la terre. Communication intuitive et non sonore avec l'esprit de sa mère qui lui fait choisir le bien, ce qui prouve que l'esprit ne meurt pas. Sait qu'elle est malade et qu'on va l'interner, mais, dit-elle, c'est une folie douce. Elle est sous l'égide du bien. Maigreur. Fatigue générale. Pouls 130. Langue un peu sèche. N'avait ni mangé, ni bu, dit-elle, depuis lundi matin. Trouvée assise sur la pelouse des Champs-Elysées, a tenu des propos absurdes. »

On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents personnels et héréditaires.

L'histoire de sa vie montre quelques éléments intéressants. Elle perd sa mère de bonne heure, à l'âge de 6 ans, et s'attache énormément à son jeune frère, alors âgé de 2 ans. Depuis, dans sa vie familiale, elle se trouve en opposition constante avec son père et sa sœur aînée. Quitte sa famille à l'âge de 18 ans pour vivre avec une tante et un oncle. A leur mort travaille comme cuisinière. Vit avec un ami qu'elle quitte au bout de 5 ans. Pendant tout ce temps elle continue à s'occuper de son petit frère, peut-être même trop, puisque celui-ci la quitte un jour brusquement en lui disant : « Tu me fais passer pour ce que je ne suis pas. » Ceci se passait au mois de mars 1939.

Dès ce moment, Louise ressent une transformation de l'ambiance, une atmosphère d'hostilité, a l'impression qu'on l'accuse d'avoir des rapports sexuels avec son frère. Elle attribue quelques thèmes de persécution à un voisin pour des motifs assez futiles. Cette ébauche de systématisation du thème d'hostilité dure peu et semble même cesser complètement au début de la guerre pendant laquelle Louise s'occupe de tenir une popote d'officiers puis de soldats. Lors des événements de juin 1940 l'impression d'hostilité du milieu reprend le dessus, mais Louise, paraissant se rendre compte du caractère anormal de ses pensées, cherche un refuge et semble le trouver auprès de sa mère. Elle a l'impression que sa mère la protège, que sa mère la guide, que l'esprit de sa mère la pousse vers le bien, cela toujours sans éléments psychosensoriels. L'influence de sa mère va beaucoup plus loin encore. La nuit, en effet, elle a l'impression ineffable que sa mère est là, que sa mère lui fait comprendre le problème du bien et du mal, le problème du ciel et de la terre, le problème de la création. Toutes ces impressions se passent dans un véritable état de trouble de la conscience, dont Louise se rend assez bien compte bien qu'elle ne puisse le définir, mais en disant « qu'il y a un décalage », « je ne suis pas comme les autres » — ou d'une manière plus symbolique : « J'ai l'impression d'être entre le ciel et la terre. » Cependant elle ne se détache pas du réel pour cela, mais ici avant tout c'est son frère qui la préoccupe. Il est prisonnier, il faut donc améliorer le sort des prisonniers, cela elle le peut. Et de plus, il faut améliorer le sort de l'humanité entière, et pour cela refaire une Europe idéale. Déjà elle vit dans cette Europe intuitive. Mais il faut la faire rentrer dans la vie réelle. Aussi cherche-t-elle à voir le Chancelier Hitler, mais, naturellement, n'est pas reçue, erre dans les rues, sans s'alimenter, ce qui motive son internement. D'ailleurs, au cours de cet état de trouble de la conscience, il lui arrive d'écrire ; c'est ainsi qu'elle croit rétablir toute la création de l'univers. Ces écrits contiennent une tentative, pauvre, stéréotypée, de décrire des phénomènes qui ont présidé à la création du monde, contrastant étrangement avec l'impression de dynamisme qui se dégage de sa personne et de sa conversation.

Au début de son séjour à l'asile, la malade est docile, mais assez

indifférente ; reste couchée à longueur de journée, ne tient pas à s'occuper et refuse tous les travaux qu'on lui propose.

Avant de confronter l'observation avec le test, comme nous l'avons fait pour les cas précédents, résumons l'observation :

Nous pouvons y distinguer quatre étapes : 1) ébauche d'un délire interprétatif de persécution ; 2) phase d'intuition délirante ; 3) phase mystique avec idée de mission ; 4) enfin, élaboration d'un système métaphysique. Ces étapes se succèdent et se trouvent reliées les unes aux autres par un lien compréhensible, et de plus, chacune d'elles se rattache au passé de la malade. Ce qui frappe dans l'ensemble du tableau clinique c'est la diversité et l'opposition des tendances s'exprimant par des images telles que bien et mal, ciel et terre, réel et irréel, sentiment d'hostilité et recherche de protection, action et élaboration intérieure de nature métaphysique, concret et abstrait. Il existe, dans l'ensemble, simultanément, une continuité et un abandon d'une phase pour une autre, particularités qui se trouvent résumées dans les premières phrases du certificat : « troubles polymorphes, aspect discordant. »

Là nous constatons une grande convergence avec les conclusions générales du test : nous retrouvons le polymorphisme, l'association d'éléments opposés, la composante schizophrénique. Par rapport à l'observation clinique, le test présente toutefois quelques lacunes : il ne reflète point, et pour cause, l'enchaînement des phases successives du délire ; par contre, le côté personnel, dynamique, créateur, celui qui témoigne de la richesse de la personnalité et qui s'oppose au facteur destructif du processus morbide, est beaucoup plus accentué dans le test. Nous nous rendons compte maintenant que toutes ces images, toutes ces métaphores, tout ce choix d'expressions du langage ne sont pas dus au hasard, mais poussent leurs racines jusqu'au fond de la personnalité de la malade. Le test a permis de mettre à jour toutes ces virtualités vivantes de la malade.

En effet, le mot « ombre » correspond à la tendance de fuir la réalité, les heurts de la vie journalière. Il est à noter à ce propos, que le père de la malade, boucher de son métier, de retour après la guerre, veuf, a empêché sa fille de poursuivre ses études en dépit de ses dons naturels. Elle-même songeait ou à faire de la danse ou à devenir institutrice pour petits enfants. Sa réponse de la II[e] planche « le corps de la ballerine se détache sur un fond noir », réponse très originale et en même temps très exacte, confirme son sens profond du mouvement, mais en même temps

en ajoutant le mot « corps » à celui de « ballerine », de même que répondant à la planche VIII, le « corps de la bête », la malade s'éloigne à nouveau du mouvement en introduisant un élément rationnel, comme si à l'arrière-plan intervenait toujours l'antinomie entre le corps et l'âme. De même, lorsqu'elle dit que quelque chose sort de la profondeur de la terre, se fraye péniblement le chemin, et ajoute brusquement le mot « léger ». Caractéristique de ce point de vue est la filiation des réponses à la IIIe planche ; la malade commence par l'image concrète : « les garçons de café », puis voit un papillon (réponse exacte), associe, naturellement, au papillon le mot « léger », passe ensuite sans transition à « la pensée » et termine par une phrase tout à fait abstraite : « une pensée entre deux squelettes ». Concret, abstrait, pesant, léger, fond de la terre, les ailes, les anges voisinent constamment. Nous rappelons aussi la réponse à la VIIe planche avec « désarticulation » et « assemblage » qui nous paraît très significative.

Mais jusqu'ici tout semble encore compréhensible et vécu. On suit la malade, on est en contact avec elle. Avec les planches de couleur (VIIIe, IXe, Xe) cependant les choses changent d'aspect. Est-ce l'effet d'un choc affectif en rapport avec le mécanisme de refoulement, comme le veut Rorschach (dans le cas présent le complexe de la fixation à son frère), ou simplement l'intensité du monde extérieur, représenté par les couleurs, qui font que la malade flanche, hésite (elle dit : « la couleur ne me guide pas, elle me trompe »), cette question reste pour nous pendante. Il faut souligner cependant que la malade, prise comme d'impuissance, donne, à l'encontre des planches précédentes, des réponses abstraites et générales, sans lien apparent avec l'image.

Il eût été instructif de confronter les écrits métaphysiques de la malade avec le test. Celui qui abordait la malade du côté du test devait avoir une impression différente de celui qui le faisait du côté des écrits, tellement ceux-ci sont vagues, pauvres, stériles et abstraits. Malheureusement la malade a détruit ces écrits. Elle en a donné comme raison qu'ayant constaté que toutes les malades dans le service avaient des idées fixes et ne voulant pas paraître comme elles, elle a préféré se détacher des siennes. S'agit-il là du premier pas vers la rectification ou d'un abandon brusque d'un état pour un autre, dont nous signalions l'importance dans le psychisme de notre malade ? Il appartiendra à l'avenir de répondre à cette question.

Notre cas est sans doute complexe ; il ne se laisse guère épuiser par une étiquette clinique précise. Le facteur schizo-

phrénique intervient incontestablement, mais ce diagnostic de schizophrénie, trop facile à faire bien souvent, mettrait, à tort, dans l'ombre d'autres facteurs venant ici atténuer le processus schizophrénique. Mais faut-il à tout prix une étiquette univoque ? Rappelons à ce propos les paroles de M. Vié : « Il faut « distinguer dans le tableau symptomatique d'ensemble les « séries qui traduisent le *processus pathogène* et inscrivent avec « plus de précision l'exercice du mécanisme morbide, et les séries « qui résultent de la *réaction* de la *personnalité*. C'est ici que l'on « décèle l'apparition du facteur individuel qui conditionne les « modalités de la psychose. La maladie réalise une forme clini- « que d'autant plus aberrante que le facteur constitutionnel est « plus accusé, d'autant plus atypique que ce facteur lui-même « s'éloigne des formules simples. » (1). La confrontation de l'observation clinique et du test fait ressortir, dans ce cas, ces deux aspects du problème.

*
**

Nos exemples pris sur le vif illustrent la manière dont nous adaptons le test de Rorschach à l'examen clinique et en même temps dans quelle mesure nous nous éloignons de la technique classique. Cette interprétation, nous le répétons, ne doit diminuer en rien la portée de l'œuvre de Rorschach, car dans cette œuvre coexistent l'intuition géniale de l'intérêt et de la richesse du test, et la doctrine que son créateur était en train d'élaborer. Cette doctrine, conditionnée par les tendances de son époque et interrompue par une mort prématurée, est restée inachevée, mais elle portait incontestablement en germe de multiples possibilités. Nous les voyons éclore dans le dernier article de Rorschach lui-même, publié après sa mort par les soins de son ami M. Oberholzer (2), où l'auteur semble attacher de plus en plus d'importance au côté *formel* et *structural* des manifestations psychiques, ainsi qu'au langage. C'est dans cette voie que nous nous sommes engagés également.

(1) J. Vié : « Sur l'existence d'entités morbides en psychiatrie, l'utilité et l'orientation de l'effort nosologique » (*Ann. Méd.-psych.*, avril 1940, page 347).

(2) « Zur Auswertung des Formdentungsversuchs für die Psychoanalyse », Von Dr. med. H. Rorschach. Nach dem Tode des Verfassers herausgegeben von Dr. med. Emil Oberholzer. *Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psych.* Vol. 82, 1923.

INTERNEMENTS VOLONTAIREMENT PROLONGÉS

PAR

René CHARPENTIER

Sous ce titre, choisi pour sa concision, il s'agit d'internements prolongés, plus qu'il ne serait nécessaire, par la seule volonté du malade, guéri ou apparemment guéri, suffisamment amélioré en tous cas pour que sa sortie de l'établissement apparaisse au médecin comme possible et parfois même comme utile et désirable.

L'adhérence de certains malades a l'établissement

Il est, en effet, des cas dans lesquels le malade refuse de quitter l'établissement au moment où la sortie ou bien est accordée sur sa propre demande ou sur la demande de sa famille, ou bien est décidée par le médecin, l'autorité administrative ou l'autorité judiciaire.

Dans une communication récente à la Société Médico-psychologique (1), MM. G. Daumézon et L. Cassan ont fort opportunément rappelé ces faits intéressants bien connus des psychiatres. Si, ainsi qu'ils le font remarquer, ces faits peuvent paraître « paradoxaux » à un public non averti, ils ne sont pas à proprement parler exceptionnels et il y a bien longtemps que les psychiatres les ont signalés. Je rappellerai plus loin un cas analogue rapporté dès 1862 par un Médecin-Directeur d'Asile. Ce cas pourrait même être considéré comme particulièrement démonstratif puisqu'il s'agissait d'un malade « protestataire ».

(1) G. Daumézon et M. Cassan. — Les malades guéris, enracinés à l' « asile ». Société Médico-psychologique, séance du 27 janvier 1941. *Annales Médico-psychologiques*, avril-mai 1941, page 300.

A propos des observations rapportées par MM. G. Daumézon et L. Cassan, il n'est sans doute pas indifférent de remarquer que dans toutes, il s'agit d'anciens déprimés, catatoniques ou stuporeux. Ce sont, en effet, le plus souvent, les sujets déprimés, psychasthéniques, hyperémotifs, anxieux, qui conservent, la crise passée, l'appréhension, en partie légitime, de la vie hors de l'établissement. C'est que, guéris de leur accès, ils en conservent le souvenir et souvent la crainte. C'est surtout que, guéris de leurs accès, ils conservent le terrain sur lequel les troubles sont éclos et restent pleins d'appréhensions, de timidités, de réactions hyperémotives conscientes.

L'hyperémotivité, la difficulté de l'effort, la baisse de la tension psychologique ne sont d'ailleurs pas les seules causes qui motivent cette tendance du sujet à ne pas oser ou à ne pas vouloir quitter l'établissement hospitalier où il a trouvé asile. Il est des cas, entre autres, où les troubles du caractère peuvent jouer le même rôle, qu'il s'agisse de tendances à l'opposition, à la contradiction, ou parfois même du désir d'abriter, de protéger des contacts extérieurs, un caractère consciemment ombrageux.

Car, et il importe de le faire remarquer, la variété de l'établissement, la forme du placement importent peu. Ces faits s'observent, ou peuvent s'observer, dans tous les établissements hospitaliers où sont soignés de tels malades. Le fait est ici plus frappant, au moins pour un public non averti, parce qu'il s'agit de sujets refusant d'être libérés de cet épouvantail qu'est l'internement. Mais la réaction est la même, lorsqu'il s'agit des mêmes malades soignés dans un établissement qu'ils sont libres de quitter à leur gré. Pourquoi se comporteraient-ils autrement parce qu'ils sont internés ? Aussi bien, ils ne le sont plus, puisque leur sortie signée, ils refusent de partir. Il s'agit donc d'une réaction pathologique, commune à un certain nombre de malades guéris ou, si l'on préfère, convalescents. L'internement n'apporte ici qu'un élément pittoresque. Il colore simplement une réaction si fréquente qu'on peut la considérer presque comme habituelle.

On peut assurément se demander si ces malades sont réellement guéris. Mais, oui, ils le sont, ou plutôt, dans la plupart des cas, ils le seront si... on les aide à quitter l'établissement et à se réinsérer dans la vie normale. Ils le sont, si l'on veut bien considérer que, sous le nom de guérison, on entend naturellement la guérison des troubles qui motivèrent leur hospitalisation et non pas, assurément, la transformation de leur constitution psychique.

Les médecins des maisons de santé privées connaissent bien ces malades qu'il faut « pousser dehors », obliger à reprendre leur vie antérieure ou, plus généralement, à franchir d'abord un stade intermédiaire. Ils savent aussi, ces médecins, que l'expérience n'est pas sans risques et que c'est là une tâche ingrate. Non pas que l'expérience échoue souvent si elle est faite opportunément, mais le sujet qui tient à son « hâvre » (à son « asile » disent MM. G. Daumézon et L. Cassan) où il a trouvé le calme et la sédation de ses angoisses, hésite à quitter cet abri. Tous n'en sont pas également reconnaissants. La maladie fut déjà pour certains un « refuge » ; l'établissement où elle les a conduits est devenu la matérialisation de ce refuge. Ils ne le quittent pas volontiers.

On conçoit dans ces conditions que peu importe pour le malade l'établissement « ouvert » ou « fermé » dont il s'agit. Que le médecin ait conseillé oralement la sortie ou qu'il ait signé un certificat de mise en liberté, les raisons de ne pas désirer lui obéir sont les mêmes, les craintes de la vie extérieure sont les mêmes, la réaction est la même.

Dans ces conditions, ne peut-on pas penser que, quel que soit l'établissement, la conduite du médecin devrait être la même ? MM. G. Daumézon et L. Cassan nous ont-ils présenté leurs malades comme guéris ? Sans aucun doute. Il s'agit, en tous cas, au moins suivant la terminologie actuellement adoptée, de « guérisons sociales ».

Les établissements nationaux, départementaux ou communaux d'assistance ont-ils actuellement les ressources suffisantes pour garder en surnombre des malades guéris ? Assurément non. D'ailleurs, comme l'a très bien montré M. Frantz Adam (1), le placement « n'est moralement justifié que lorsque l'asile d'aliénés s'impose comme étant le seul et le meilleur moyen de traitement et d'assistance ». Les « internements abusifs », qu'il ne faut pas confondre avec d'illusoires « séquestrations arbitraires » chargent inutilement les budgets des hôpitaux psychiatriques, encombrent les services et sont contraires à l'intérêt des malades.

M. Frantz Adam, et plus récemment MM. Le Guillant et Salmon, ont même établi par des exemples que certains malades, non guéris, sont suffisamment améliorés pour pouvoir vivre au dehors, et s'y rendre utiles dans certaines conditions, parfois même dans des conditions normales, lorsque les familles ou des gens de bonne volonté veulent bien les reprendre et s'en occuper un peu.

(1) Frantz Adam. — *Des internements abusifs. Contribution à l'étude de l'assistance aux aliénés.* A. Maloine, édit., Paris-Lyon, 1912.

Aussi comprend-on le souci de MM. G. Daumézon et L. Cassan de trouver une solution à la fois plus conforme à l'intérêt des malades et à l'intérêt des finances publiques.

Ils nous proposent une solution. Ou plutôt, ils nous proposent la solution trouvée par les malades eux-mêmes. Ce qui revient à dire qu'ils verraient volontiers légaliser la situation de fait : le malade, bien que libéré, continuant à remplir à l'établissement de petites fonctions auxiliaires (travaux de bureau, monitrice de couture, coiffure, courses, broderie, etc.), devenant ainsi régulièrement un employé de l'établissement. C'est une solution, le statu quo régularisé par la création d'un cadre d' « agents auxiliaires d'un type spécial ».

Il ne faut accepter qu'avec beaucoup de circonspection une solution proposée par le psychopathe lui-même. C'est toujours une solution de facilité. Elle tient rarement compte des nécessités. Celle-ci ne paraît recommandable ni du point de vue médical, ni du point de vue administratif.

Du point de vue administratif la création d'un cadre, même « restreint », d' « agents auxiliaires d'un type spécial, jouissant d'un statut particulier » et recrutés parmi d'anciens psychopathes, paraît bien difficile à défendre. Elle soulèverait, tant du côté du personnel normal (doublement normal) que du côté des malades, des questions morales, pécuniaires, de service, etc., individuelles et collectives, bien délicates. L'on ne voit guère une administration constituant officiellement un cadre d'agents, même auxiliaires, obligatoirement choisis parmi des psychopathes... guéris.

Par contre, la solution médicale semble assez simple. Ou bien le malade est guéri. Sa guérison lui permet de vivre au dehors et le médecin doit l'y aider, avec l'aide de la famille, s'il y en a une, d'établissements pour convalescents, lorsqu'il en existe, et, dans tous les cas, avec le concours d'assistantes sociales *spécialisées* dont la création est, pour bien des raisons, indispensable auprès de tous les établissements psychiatriques qui n'en possèdent pas encore. La multiplication d'asiles pour convalescents analogues à l'Œuvre de Grenelle (1), fondée à Paris par Falret et actuellement présidée, après Arnaud et René Semelaigne, par notre distingué collègue le Dr Vignaud, apporterait à la solution de ce problème une importante contribution.

(1) Œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents qui sortent convalescents des hôpitaux psychiatriques de la Seine (reconnue depuis 1849 comme établissement d'utilité publique), 52, rue du Théâtre, Paris (XVe arr.).

Ou bien le sujet, de par ses tares constitutionnelles ou résiduelles, ne peut absolument pas supporter la vie au dehors sans un encadrement que les circonstances ne lui permettent pas d'avoir. Dans ces cas, et à défaut d'asiles pour convalescents pouvant garder le malade pendant le temps nécessaire à sa rééducation et à sa réadaptation, la Colonie familiale paraît tout indiquée, le placement hétéro-familial devant permettre la vie et le travail hors l'asile et suppléer, dans ce cas, à la famille absente.

Car avant de décider le maintien à l'asile d'un malade guéri, même dans un cadre d' « agents auxiliaires », il convient de rechercher quelle peut être la part de l'asile, de l'établissement hospitalier en général, dans la création d'un état d'esprit que la constitution et le passé du sujet ont pu favoriser sans en être les causes uniques. Dans cette « incrustation », dans cette adaptation exagérée à la vie d'hôpital psychiatrique ou de maison de santé, quelle est la part des conditions de vie imposées aux malades ? La « vie d'asile » est très différente de la vie normale. Les conditions de vie à l'asile sont parmi les raisons majeures des succès thérapeutiques obtenus dans certaines affections mentales. On pourrait presque dire que, pendant longtemps, elles furent l'agent principal..., sinon unique, diront certains, des succès thérapeutiques d'ailleurs non négligeables obtenus dans les asiles. Il est encore bon de s'en souvenir à l'occasion et d'y avoir recours. Avec le temps, un tel encadrement dans un milieu spécial et fermé exerce sur l'activité, sur la sensibilité aussi, une action réductrice dont les résultats sont évidents. Cette action est bonne, salutaire. Elle l'est, tout au moins, dans certaines limites, pendant un certain temps, et chez certains sujets.

Au delà, commencent les dangers, qu'il ne faut d'ailleurs pas exagérer comme on a jadis tenté de le faire. Car, cette question non plus n'est pas nouvelle. A tel point que, le 27 novembre 1865, à la Société Médico-psychologique, dans un discours où, comme le déclara Delasiauve, « l'autorité du talent s'unit à celle de l'expérience », Parchappe, peu avant sa mort (1), se crut obligé de réfuter les plaintes, on peut même dire les accusations du Dr Turck. Celui-ci, dans une pétition au Sénat, en date du 10 janvier 1865, n'avait-il pas audacieusement affirmé que « ce

(1) Max Parchappe mourut le 12 mars 1866, à l'âge de 65 ans. Il était inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons, membre correspondant de l'Académie Impériale de Médecine, ancien président de la Société Médico-psychologique.

sont les asiles qui créent les maladies auxquelles succombent les fous » ! Parchappe n'eut pas de peine à démontrer « profondément entachés d'erreur, d'inexactitude et d'injustice » les faits utilisés « dans l'intention, comme au reste l'a fait M. Turck, d'accuser les asiles de rendre incurables tous les aliénés qui en sortent ». Il faut que cette pétition ait eu alors quelque retentissement pour que Parchappe ait consacré un très long rapport à réfuter des arguments dont beaucoup, en effet, utilisent des données inexactes ou tendancieusement interprétées.

Dans ce même rapport se trouve confirmé ce que nous disions plus haut des résultats thérapeutiques obtenus dans les asiles à une époque où l'isolement à l'asile ne s'accompagnait pas des mutiples procédés thérapeutiques dont, aujourd'hui, bénéficient, au moins dans certains cas, les malades internés. « Il est permis « d'affirmer, déclare Parchappe en 1865, que la proportion des « guérisons, dans les asiles, atteint généralement et dépasse très « fréquemment le tiers du nombre des admissions, sans distinc- « tion de la nature curable ou incurable de la maladie au moment « de l'entrée ; que pour les cas d'aliénation mentale curable, la « proportion des guérisons atteint généralement et dépasse sou- « vent la moitié du nombre des admissions (1) ; enfin que la « proportion des guérisons est d'autant plus grande que la « maladie a duré moins longtemps, et était, par conséquent, « moins ancienne au moment de l'admission. »

« Ces résultats, ajoute Parchappe, témoignent de l'efficacité « du traitement thérapeutique appliqué à la folie dans les « asiles. »

Il aurait fallu beaucoup de mauvaise foi pour n'en pas convenir et l'on ne peut souhaiter confirmation plus nette ni plus autorisée de l'action thérapeutique exercée par le séjour à l'asile. Qui pourrait s'étonner que cette action bienfaisante comporte dans certains cas quelques inconvénients, surtout par une prolongation superflue ? Ainsi que nous l'écrivions plus haut, cette action est bonne, salutaire, au moins dans certaines limites, pendant un certain temps et chez certains sujets.

Sur certains malades, ceux enclins à l'autisme par exemple, et, au bout de quelque temps, sur un grand nombre de malades divers, la vie à l'asile a un retentissement profond, et qui n'est pas toujours désirable, sur le comportement et sur l'activité. La

(1) Il s'agit ici des guérisons annuelles par rapport aux admissions pendant le même temps.

question a toujours sollicité l'attention des psychiatres qui tendent à obvier à cet inconvénient par la rééducation, l'ergothérapie dans l'établissement ou au dehors, les sorties d'essai, les sorties précoces surveillées par des assistantes spécialisées, les œuvres d'assistance aux convalescents, les asiles agricoles, les colonies familiales (1), etc... En visitant et en encourageant les malades, en conseillant les familles, les assistantes sociales assurent, sous la direction du médecin de l'établissement, la continuité de l'action médicale. *Aussi longtemps qu'un malade considéré comme guéri n'est pas réinséré dans la vie normale, la tâche médicale n'est pas achevée.*

Il est inutile de souligner en passant l'intérêt de comparer avec les résultats indiqués par Parchappe les résultats thérapeutiques obtenus par les méthodes modernes, méthodes thérapeutiques dont certaines rendent à la vie sociale des malades naguère considérés comme incurables.

Malades protestataires et Commissions médico-judiciaires

Le cas d'internement volontairement prolongé par le malade auquel j'ai fait allusion se trouve cité dans le *rapport du Dr Charles Nichols, directeur-médecin de l'asile de Bloomingdale, près New-York, sur le service de cet établissement pendant l'année 1862.* Il est particulièrement intéressant car il s'agit d'un malade protestataire, non guéri, et qui refusa cependant sa sortie après l'avoir demandée. Le voici, tel qu'il fut relaté vingt ans plus tard dans les *Annales médico-psychologiques* (1883, tome I, pages 372-373) :

« Au commencement de juillet, écrit le Dr Nichols, un homme traité dans l'asile comme aliéné fut déclaré sain d'esprit par le jury, à la suite d'une enquête *de lunatico inquirendo.* L'affaire avait occupé plusieurs audiences ; cinq médecins, dont trois étaient des spécialistes bien au courant de l'histoire pathologique de cet homme, et cinq autres témoins étrangers à l'art médical, mais bien placés par leur observation personnelle pour s'être formé une opinion raisonnée sur son compte, avaient certifié la réalité de l'aliénation mentale. Leurs témoignages ne pouvaient laisser aucun doute dans l'esprit des personnes tant soit peu

(1) Voir l'excellente étude de J. Vié : Le placement familial des aliénés et des psychopathes. Sa portée médicale et sociale. *Annales Médico-psychologiques*, 1940, juin-juillet, page 1, octobre, page 110 ; 1941, janvier, page 1, février-mars, page 121, avril-mai, page 224.

familiarisées avec la connaissance des maladies intellectuelles. Un seul médecin, non spécialiste, et deux ou trois personnes avaient dit, avec hésitation, que, d'après eux, les idées et les actes du sujet pouvaient être compatibles avec l'intégrité de la raison ; naturellement, le malade lui-même avait affirmé la parfaite rectitude de son intelligence.

« Immédiatement après que le verdict libérateur eût été rendu par le jury, notre homme rentra à l'asile. On savait qu'il était parfaitement au courant de ce qui venait de se passer. Néanmoins, on s'empressa de lui dire qu'il était libre de partir et d'aller à ses affaires ; il n'en fit rien.

« Plus tard, lorsque la Cour eut notifié la sentence par laquelle elle approuvait le verdict et prononçait la sortie, l'homme en question fut invité, par écrit, à quitter la maison et à retourner à ses occupations antérieures, comme il avait promis au jury de le faire s'il recouvrait sa liberté. Il refusa avec persistance de sortir de l'asile, et il s'y trouve encore exactement dans le même état mental qu'au moment où l'enquête a eu lieu. Jusqu'à présent, je me suis abstenu de recourir à la force pour le mettre dehors ; ce serait cependant la seule manière de le faire sortir et de le tenir à distance. »

L'aventure est singulière, et la conduite à tenir en pareil cas doit être, en effet, fort embarrassante ; mais c'est là une difficulté que les médecins d'asiles ne sont pas exposés à rencontrer souvent dans leur pratique.

A. F.

Sous la dernière phrase, on reconnaîtra dans ces initiales la signature d'Achille Foville (1) qui rapporte le fait, reste assez perplexe sur la suite à donner à cet incident, et en souligne l'intérêt particulier. Il s'agit, en effet, d'un malade « protestataire » ayant obtenu sa libération uniquement à la suite de ses protestations. Ce protestataire proteste autant contre sa sortie que contre son maintien. Quel psychiatre s'en étonnerait ? Le fait, qui n'est certainement pas unique, vaut cependant d'être rappelé.

Bien des incompétents, qui tranchent avec aisance ces délicates questions, seraient peut-être surpris d'apprendre que, parmi ces malades les assaillant de protestations contre leur internement, il en est de capables de refuser ensuite une libération obtenue par leur entremise.

(1) Ce n'est pas par hasard que l'on trouve au cours de cet exposé rapprochés les noms de Max Parchappe et Achille Foville, qui, tous deux, selon la phrase de Victor Parant père, « tinrent une si grande place dans la direction et l'organisation des services d'aliénés » (*Annales Médico-psychologiques*, 1918, I, page 69).

Achille Foville qui, lui, connaissait bien ces malades et les difficultés qu'ils sont susceptibles de créer au médecin qui en a la charge, a souligné à juste titre la situation embarrassante dans laquelle peut se trouver le médecin, chef de service, en présence d'une décision de ce genre aussi inopportune que non acceptée. Mais, dans le cas particulier, la difficulté était-elle si grande ? Cette décision, prise par une Commission médico-judiciaire, s'avérant inexécutable et contredite par les faits, il pouvait paraître au médecin singulièrement opportun d'en aviser la Cour. C'était à celle-ci de savoir si elle devait poursuivre soit l'exécution, soit la révision de son imprudente « sentence » « approuvant le verdict » prononcé par une majorité d'incompétents contre l'avis des spécialistes.

Quel enseignement aussi que d'examiner les conditions dans lesquelles fut ordonnée, en 1862, la sortie injustifiée de l'asile de Bloomingdale d'un aliéné incontestable, protestant successivement contre son internement et contre sa libération.

La décision de sortie du malade « protestataire » fut proposée par un « jury » et prise par la « Cour ». Furent entendus des spécialistes, des médecins non spécialistes et des personnes « étrangères à l'art médical mais bien placées pour s'être formé une opinion raisonnée ». Il s'agit, en somme, d'une véritable Commission médico-judiciaire, composée d'éléments divers adjoints aux spécialistes. La décision fut prise par la Cour après enquête, examen des témoignages et discussion de « la réalité de l'aliénation mentale ».

Ceci, je le répète, se passait en 1862. Or, en 1932, après d'intéressantes discussions (séances des 7 juin, 19 juillet et 15 novembre 1932), consécutives à l'exposé très convaincant du Professeur Henri Claude sur les lacunes de la protection sociale contre « les aliénés en liberté », une Commission composée de MM. Brouardel, H. Claude, G. Dumas, G. Guillain et Souques fut désignée par l'Académie de Médecine. Dans le rapport déposé au nom de cette Commission, le Professeur Henri Claude aboutit à un certain nombre de conclusions parmi lesquelles nous relevons :

« 4° Dans le cas où ces mesures se heurteraient à des difficultés en raison du caractère spécial de certaines situations, soumettre, par l'intermédiaire de l'autorité administrative, les sujets à une Commission médico-judiciaire qui statuerait sur les mesures à prendre. »

Après une intervention de M. Paul Strauss qui fit des réserves

sur l'utilité d'une Commission médico-judiciaire, voyant plutôt la meilleure prophylaxie des troubles mentaux et de leurs conséquences sociales, dans le développement des centres de prophylaxie mentale, une meilleure éducation du public et la création d'assistantes sociales, l'Académie vota les conclusions de ce rapport.

Cette proposition fut précisée en 1933 par le Professeur Henri Claude dans son beau rapport au Congrès de médecine légale de langue française (Paris, 22-24 mai 1933) sur « les aliénés en liberté ». M. Paul Matter, procureur général à la Cour de Cassation, apporta le premier son adhésion aux conclusions de l'éminent rapporteur et, à la fin d'une séance que j'avais l'honneur de présider, je mis aux voix les vœux proposés par le Professeur Henri Claude et qui furent adoptés à l'unanimité des membres présents. Parmi ces vœux, on peut lire le suivant :

« 2° Dans les cas d'une interprétation délicate et dans le but de fournir toute garantie en ce qui concerne le principe de la liberté individuelle, désignation d'une Commission médico-judiciaire constituée par deux ou trois médecins spécialisés dans les maladies mentales, un représentant du Parquet et un représentant de l'autorité administrative contrôlant les mesures préconisées par les médecins. »

On aperçoit immédiatement que le fonctionnement de ces « Commissions médico-judiciaires » est préconisé ici pour l'internement des malades, mais il est clair, et cela résulte des discussions ultérieures, qu'une fois constituées, leur action s'étendrait tout naturellement aux cas litigieux de maintien à l'hôpital psychiatrique en cas de protestation du malade ou de l'un des siens.

Il est donc particulièrement intéressant de constater que ce système de contrôle fonctionnait déjà aux Etats-Unis il y a exactement 80 ans et de voir comment il fonctionnait. A vrai dire, les faits ne sont pas particulièrement encourageants. On y voit cette Commission, plus nombreuse que celle proposée dans les conclusions ci-dessus énoncées mais comportant également, entre autres membres, des médecins non spécialistes et des magistrats, aboutir, contrairement à l'opinion des spécialistes, seuls compétents, à une décision conforme à la fois à l'opinion des incompétents et à l'opinion de la minorité. Solution contraire à l'avis des spécialistes, contraire à l'avis de dix personnes certifiant la réalité des troubles mentaux, mais solution en apparence plus facile, certains ayant l'illusion de moins engager leur responsabilité en

acquiesçant à une demande qu'en refusant. En fin de compte, c'est le malade de Bloomingdale qui fut le plus sage en refusant après coup la décision favorable qu'il avait lui-même demandée.

Ces faits militent, assurément, davantage contre la composition même de la commission que contre sa conception. Ils montrent le danger d'y introduire des incompétents, même médecins non spécialisés ou magistrats, dont le rôle ne peut, de toute évidence, que se borner à entériner une décision prise par les membres compétents ou, dans le cas contraire, à s'opposer à la décision proposée par les seuls membres compétents.

Seuls, des psychiatres sont capables de juger si un malade doit ou non être placé ou rester à l'établissement psychiatrique. Il ne paraît pas raisonnable de ne pas leur faire confiance et de donner cette confiance à des incompétents. Si, dans l'intérêt du médecin traitant — car l'intérêt du malade n'est pas en cause — on désire, dans certains cas difficiles, faire trancher le cas par un organisme spécial, il ne paraît pas que cet organisme puisse utilement comporter d'autres membres que des spécialistes qualifiés, judicieusement choisis pour leur expérience, leur conscience et la rectitude de leur jugement. Plus le cas sera difficile, plus il sera nécessaire qu'il ne soit pas tranché par des incompétents.

Les droits du contrôle judiciaire des établissements, tels qu'ils sont prévus par la loi du 30 juin 1838, paraissent, d'ailleurs, suffisants pour assurer la protection de la liberté individuelle. Et la loi, bien appliquée, permet aux préfets (art. 18) le placement d'office de toute personne « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes », ou tout au moins aux commissaires de police et aux maires (art. 19) « toutes les mesures provisoires nécessaires » en attendant la décision du préfet, décision que celui-ci fera bien de ne rendre qu'après examen d'un spécialiste ainsi qu'il est journellement pratiqué à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police à Paris.

Avant de créer un organisme nouveau qui, nous venons de le voir, n'est pas non plus sans inconvénients, peut-être serait-il sage de demander que ces articles de la loi du 30 juin 1838 soient réellement utilisés par les autorités auxquelles la loi en reconnaît le droit et le devoir.

Car, s'il est une chose curieuse, c'est bien de constater que de la loi du 30 juin 1838, à laquelle on a cru pouvoir reprocher — entre autres imperfections et parmi des lacunes qui tiennent à

son ancienneté — de s'occuper davantage de la protection sociale que de l'assistance et de la thérapeutique des malades, on laisse parfois tomber en désuétude des articles comme les articles 18 et 19 visant avant tout l'ordre public et la protection sociale.

C'est d'autant plus curieux qu'il est fait dans certains départements un usage abusif du placement d'office, seul accepté par certaines administrations dans bien des cas où le placement volontaire non seulement suffirait, mais est le seul conforme aux dispositions législatives.

On voit ainsi le placement d'office, négligé à tort par certaines administrations dans les cas d'urgence, être imposé par elles dans des cas pour lesquels la loi a prévu le placement volontaire.

En attendant qu'une nouvelle loi, toujours en chantier, vienne remplacer la loi centenaire, il pourrait être utile de rappeler aux autorités administratives les dangers présentés, particulièrement dans les périodes troublées, par « les aliénés en liberté », dangers sur lesquels ont si justement insisté le Professeur Henri Claude et le Professeur Raviart, de rappeler à ces autorités administratives les pouvoirs que la loi leur accorde et les responsabilités encourues par leur non utilisation.

La lecture des anciens aliénistes français

Si ces quelques considérations méritaient une conclusion, ce serait d'attirer l'attention des jeunes psychiatres sur l'intérêt de la lecture des travaux de nos anciens. Beaucoup, assurément, s'en sont aperçus. Ceux qui n'en ont pas encore trouvé le temps ne se doutent pas des richesses enfouies dans l'œuvre des aliénistes disparus et particulièrement dans l'œuvre considérable des aliénistes français.

Ils y rencontreront en grand nombre des observations prises avec soin, des remarques judicieuses, exposées généralement dans une langue harmonieuse et claire, par des gens qui avaient, qui prenaient le temps d'écrire et s'attachaient davantage à la qualité qu'à la quantité des publications.

Ils constateront que toutes les idées qui se présentent à l'esprit pour la première fois ne sont pas toujours des idées nouvelles, que certaines d'entre elles ont déjà subi le feu de la critique, sont même réfutées depuis longtemps. Originalité et nouveauté ne sont parfois que réminiscence d'un passé oublié.

Ils verront ce que deviennent les mêmes faits à la lumière de

théories différentes. Les résultats d'expériences déjà tentées pourront leur enseigner les précautions à prendre pour éviter certains échecs.

Remontant aux sources, ils éviteront ce travers trop fréquemment rencontré qui consiste à réfuter des opinions injustement prêtées aux auteurs ou incomplètement comprises. Les citations exactes sont bien rares et, de citation en citation, l'idée de l'auteur exceptionnellement intacte. Fille de l'imprécision, l'erreur est contagieuse.

Depuis une vingtaine d'années, des théories ont brillé d'un tel éclat que, pour beaucoup, elles ont effacé jusqu'au souvenir de ce qui régna avant elles. Pourtant, ceux qui nous ont précédé savaient observer. Ils ont créé la psychiatrie et si leurs idées sont aujourd'hui remplacées par d'autres qui céderont la place à leur tour, ils ont apporté à l'édifice des fondements qui subsistent et sur lesquels il a été construit. « En médecine, disait Brierre de Boismont, les systèmes ont généralement peu de durée. » Beaucoup d'entre nous se souviennent d'avoir vu, depuis un demi-siècle, s'écrouler des conceptions gigantesques — disparues, peut-être, pour avoir trop englobé. Chacune d'elles fut une étape utile à l'édification toujours en œuvre de la psychiatrie (1). Chacune laisse derrière elle des acquisitions que l'avenir dégage peu à peu des exagérations et des erreurs.

Mais la connaissance de toutes est nécessaire à l'étude méthodique et aux progrès de la psychiatrie. Sur les trois questions mises dans l'urne à l'épreuve écrite de pathologie mentale du concours pour la nomination des médecins des hôpitaux psychiatriques, il est permis de penser qu'une question devrait comporter un sujet se rapportant, au moins en partie, à l'histoire de la psychiatrie et à l'évolution des doctrines en psychiatrie. Et, dans les établissements psychiatriques, il devrait être veillé avec soin à la conservation, à l'entretien et au développement des bibliothèques médicales. Les résultats obtenus à l'Hôpital Sainte-Anne, à Paris, sont particulièrement encourageants et peuvent servir d'exemple.

Comme l'écrivait Victor Parant « la psychiatrie française a toujours été fidèle à la devise *Ars tota in observationibus*... Elle est, non la dominatrice, mais la servante des faits » (2).

(1) René Charpentier. — De l'idée de dégénérescence à la doctrine des constitutions. *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mars 1932.

(2) Victor Parant père. — Le retour à la médecine mentale française. *Annales Médico-psychologiques*, 1915, page 410.

« Nous devons tenir à honneur, écrivait en 1918 Victor Pa-
« rant (1), de rendre à tous ceux qui le méritent la justice et la
« considération qui leur sont dues. »

« Mais nous ne devons ni méconnaître, ni oublier que la science
« des maladies mentales, qui est née en France il y a environ un
« siècle, doit continuer à faire, comme elle l'a fait jusqu'ici,
« l'unique et le constant souci de notre perfectionnement scien-
« tifique ; que presque tout ce qui s'y est produit de solide et
« de vrai est né chez nous, et que nous aurions le plus grand
« tort de nous en laisser détourner. »

« Nous ne devons ni méconnaître, ni oublier que nous de-
« vons cette science à nos maîtres, à nos illustres devanciers,
« les anciens aliénistes français, et qu'à cause de cela nous
« devons avec soin conserver leur mémoire, honorer leur vie,
« nous assimiler leurs travaux et leurs exemples, et veiller à
« ce qu'on leur rende, chez nous et ailleurs, le culte qui leur
« est dû. »

Quel psychiatre français ne souscrirait à ces conclusions ?

(1) Victor PARANT père. — Ayons le culte des anciens aliénistes français. *Annales Médico-psychologiques*, 1918, I, page 71.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 13 Mars 1941

Présidence : M. Achille DELMAS, président

PRÉSENTATIONS

Séquelles mentales d'intoxication oxycarbonée accidentelle aiguë, par M. R. Dupouy et Mlle M. Micucci

L'intoxication oxycarbonée aiguë, lorsqu'elle a été grave, laisse pour ainsi dire toujours des séquelles mentales ; une démence plus ou moins profonde mais définitive peut en être la conséquence. Il est fréquent d'observer, au sortir du coma, une période d'amélioration progressive ; le sujet, hébété durant quelques jours, présente un état subconfusionnel, avec céphalée frontale persistante, accidents vertigineux épisodiques, allures ébrieuses, somnolence invincible, dysmnésie d'évocation et surtout de fixation ; ces troubles paraissent devoir s'amender pour finalement disparaître, et l'on est tenté de porter un pronostic favorable lorsque l'on voit, après un intervalle d'une durée assez variable, de quelques semaines à plusieurs mois, le « rescapé » s'enfoncer de plus en plus dans un état de déficience mentale, avec ralentissement considérable des processus psychiques, passivité, indifférence, inertie, qui font de lui désormais un invalide mental, un incapable social.

Depuis la thèse de Desoille en 1932, plusieurs cas de démence oxycarbonée ont été présentés à la Société Médico-psychologique, ceux de Courtois, Mme André et Trelles (9 février 1933), ceux de Heuyer et Dublineau (13 juillet 1933), celui de Courtois et Mme André (14 décembre 1933). Signalons encore le rapport médico-légal de Cornu, Devic et Porot (*Ann. Méd.-Psych.*, avril 1939). Dans ces cas de démence secondaire à une intoxication aiguë par le gaz d'éclairage, il semble bien qu'il ne s'agit pas seulement de troubles vasculaires et de perturbations cellulaires par anoxémie, mais au contraire de lésions nerveuses électives et évolutives. Marchand, en effet, a constaté des lésions cérébrales inflammatoires et, plus récemment, à l'occasion d'une hémiplégie tardive et mortelle, consécutive à une intoxication oxycarbonée, Lhermitte, Monier-Vinard et J. de Ajuriaguerra décrivent en détail les lésions vasculaires et cellulaires qu'ils ont observées, avec foyers de nécrose à certains endroits (Société de Neurologie, 4 mai 1939).

Les formes cliniques de ces séquelles mentales d'intoxication oxycarbonée varient suivant la gravité de l'intoxication, mais aussi suivant l'âge des malades (femmes ménopausées de Courtois, enfant de quelques années d'Heuyer), suivant le terrain constitutionnel ou les prédispositions acquises (mélancoliques avec tentative de suicide par le gaz, alcooliques chroniques, syphilitiques, artérioscléreux, hypertendus) ; l'on comprend ainsi les prédominances lésionnelles, tantôt cellulaires et tantôt vasculaires, les formes franchement démentielles ou plutôt au contraire confusionnelles, les variétés névritiques et korsakoviennes. Il faut encore tenir compte, pour évaluer le fléchissement, puis l'effondrement mental du sujet, de son niveau intellectuel antérieur ; l'observation de l'ingénieur de Cornu, Devic et Porot, n'est pas superposable à celle du porteur aux Halles que nous publions aujourd'hui. Toutefois, ce qui nous a frappé dans tous les cas qu'il nous a été donné d'observer, c'est le ralentissement des fonctions psychiques (bradypsychie, bradykinésie), la somnolence diurne, la céphalée gravative, l'indifférence totale de l'avenir.

Observation. — M. D., 48 ans, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 9 janvier 1941 pour séquelles psychiques à la suite d'une intoxication par le gaz d'éclairage. Il s'agit d'une intoxication aiguë involontaire, comme il a été reconnu par une enquête faite au domicile du malade. Celui-ci, rentrant un soir avec son frère, tous les deux en état d'ivresse, a ouvert par mégarde le robinet à gaz. Il s'en est suivi une intoxication

très grave, à la suite de laquelle on trouva le malade dans le coma et son frère mort. Il est transporté le 15 novembre à l'hôpital Saint-Antoine, dans un coma profond avec perte des urines. Une ponction lombaire a été pratiquée qui n'a révélé rien d'anormal. Le coma régresse très lentement. On n'a jamais noté l'apparition de signes neurologiques. Au coma a fait suite sans aucun intervalle de lucidité un état de confusion mentale avec inhibition et torpeur intellectuelle qui, bien qu'atténuée, existait encore à la sortie, le 3 décembre. Malgré l'amélioration constatée, qui faisait prévoir à sa famille un rétablissement progressif, il demeure chez lui, inerte, prostré, constamment endormi, incapable de s'occuper ou de s'intéresser à quoi que ce soit. Au bout d'un mois on le conduit ainsi à l'Hôpital Henri-Rousselle.

A l'entrée, c'est un malade légèrement confus qui présente une légère désorientation dans le temps avec oubli ou contradiction de certaines dates, mais le trouble n'est pas très accentué, il se rappelle certains détails antérieurs à l'accident et nie formellement toute tentative de suicide. Nous remarquons une bradypsychie et une bradykinésie des plus nettes.

Par ailleurs, les bruits du cœur sont assourdis, difficilement perceptibles et la tension artérielle de 15/10 au Pachon. L'examen du sang est négatif, les urines légèrement albumineuses (0,03). Réflexes tendineux plutôt vifs.

Ce qui domine le tableau clinique, aussi bien à l'entrée que dans les jours qui ont suivi, c'est un état d'apathie, d'indifférence totale, d'improductivité. Le malade est constamment alité, ne dit la moindre parole ni au personnel infirmier, ni aux malades. Il se lève périodiquement et limite là son activité physique. Parfaitement calme, souvent somnolent, il n'a jamais exprimé le moindre désir. Un examen mental pratiqué 15 jours après son entrée a montré une légère diminution de la mémoire, beaucoup moins accusée que celle habituellement rencontrée en pareil cas.

D'après les renseignements qu'un autre frère et que son entourage nous ont communiqués, cet homme s'est trouvé complètement transformé après l'intoxication aiguë oxycarbonée dont il a failli mourir. Il possédait jusqu'au jour de l'accident une activité normale, travaillant durement, quoique assez irrégulièrement aux Halles, et buvant beaucoup. Après l'accident il devient complètement indifférent à tout ce qui l'entoure, ne parle plus, se néglige, ne se préoccupe pas de son sort, n'est pas touché par la mort de son frère avec qui il vivait, ne songe ni à sa sortie ni à son travail. Incapable d'aucune initiative, d'aucun effort, il présente une incapacité sociale absolue qui fait de lui une épave, à charge à sa famille ou à la collectivité.

Son inertie et sa bradykinésie, sa somnolence permanente, son affaissement moteur pour un homme des Halles habitué à des efforts physiques puissants et à un travail pénible, contrastent avec sa luci-

dité, son orientation devenue normale, sa mémoire qui serait peu touchée, et l'on pourrait parler chez lui d'une démence plus pragmatique qu'intellectuelle.

Notre pronostic cependant demeure sombre. Nous considérons ce malade aussi atteint dans son rendement professionnel que l'ingénieur dont nous rappelions plus haut l'observation ; chez celui-ci, l'atteinte des facultés intellectuelles est des plus évidentes, parce que leur chute s'est opérée d'un niveau élevé et que leur exploration a révélé un déficit considérable de leurs acquisitions ; chez celui-là, simple porteur aux Halles, plus fruste, beaucoup moins cultivé, la dénivellation mentale est moins apparente, mais son inertie motrice — comparable à l'inertie intellectuelle du précédent — sa bradykinésie, son incurie de sa personne nous font présager un effondrement pareillement démentiel de la capacité sociale.

M. Marchand. — Les faits précisés par M. Dupouy et Mlle Micucci doivent retenir notre attention. Il n'en est jamais question dans les traités classiques. On y trouve, parmi les complications tardives de l'intoxication oxycarbonée, des cas de paralysie, de polynévrite, mais on y fait à peine allusion aux troubles mentaux. Je me permets de rappeler à la Société que nous avons, avec MM. Dupouy et Courtois, publié des observations analogues à celle-ci. Il s'agissait d'états démentiels. Dans un cas, un syndrome parkinsonien s'était développé à la suite de l'intoxication.

M. Beaudouin. — Il n'est pas inutile de préciser les antécédents de tels malades. J'ai vu récemment un cas de démence après intoxication oxycarbonée chez une femme déjà marquée par la sénilité, ancienne alcoolique.

M. Ach. Delmas. — Après quatre mois d'évolution, il est un peu tôt pour formuler un pronostic net.

M. Brissot. — Dans les cas auxquels on vient de faire allusion, je suis frappé par l'importance du facteur amnésie. Le passé alcoolique de ces malades joue probablement un rôle important.

M. Dupouy. — Je ne nie pas les antécédents alcooliques ; ils constituent une prédisposition, mais ils ne suffisent pas à créer l'état actuel nettement consécutif à l'intoxication.

Régression d'un syndrome paralytique à la suite d'une suppuration, par M. Zaborowski (Service du Dr H. Beaudouin, Maison-Blanche).

L'observation que nous présentons n'apporte aucun élément qui ne soit connu. Nous pensons toutefois qu'elle est une contribution intéressante à la question des rémissions non « thérapeutiques » du syndrome paralytique, par le parallélisme dans la réduction des signes cliniques et des signes humoraux.

Observation. — Suzanne F..., née en 1900, employée de commerce, est placée d'office le 12 juillet 1939 avec le certificat suivant :

« Est atteinte de *paralysie générale.* Accès d'excitation datant de quelques jours, avec idées délirantes absurdes de grandeur : elle sera dictateur, elle va téléphoner au Roi, elle va faire plusieurs centaines de milliers de francs d'achats. Conceptions sociales grandioses : relever les clochards, envahir et peupler la Chine pour résoudre le problème social, etc... Satisfaction, altruisme, euphorie : « Elle a un corps magnifique, une santé merveilleuse », alternant avec une irritabilité marquée : menaces puériles à l'égard de son employeur. Erotisme, grivèlerie.

« Inégalité pupillaire : O.D. > O.G. Argyll-Robertson bilatéral. Réflexes rotuliens vifs. Pas de dysarthrie nette. Aspect dégénératif. Syphilis contractée en 1924, ne paraît pas avoir été traitée. Fistule anale (?). Aurait eu une hématémèse le 27 juin. Amaigrissement récent. Amenée pour grivèleric de taxis à répétition. » (Dr Mâle).

Les certificats immédiats du 13 juillet 1939 et de quinzaine confirment le diagnostic :

« Est atteinte de *paralysie générale* avec excitation intellectuelle, troubles profonds du jugement. Syndrome physique. A maintenir. »

« Est atteinte de *paralysie générale à forme expansive.* Distribution de richesses, érotisme. Indifférence de son état. Conservation relative des fonctions psychiques élémentaires. Pupilles légèrement inégales, irrégulières et rigides. Dysarthrie très légère. A maintenir. » (Dr Guiraud).

Le certificat de transfert est établi le 6 novembre 1939 :

« Est atteinte de paralysie générale. Etat démentiel profond. Mégalomanie : se dit Roi de France, dictateur... *Malarisation et chimiothérapie sans résultat.* Rétrécissement du rectum, fistule stercorale recto-sacrée. *Réactions humorales positives* dans le sang et le liquide céphalo-rachidien : *albumine,* 1 gr. 10, *globulines* +, *leucocytes* 51, *benjoin :* 22222.00022.22100, *Bordet-Wassermann et Meinicke* +. A transférer dans un asile de banlieue. » (Dr Dupouy).

A Maison-Blanche, elle est l'objet de certificats immédiats du 11 novembre 1939 et de quinzaine :

« Paralysie générale contrôlée par les réactions humorales du liquide céphalo-rachidien et précédemment traitée par malariathérapie. Notation antéricure de thèmes délirants expansifs paraissant présentement abandonnés.

« Prédominance de troubles portant sur l'identification du temps : croit avoir dormi pendant deux ans, expliquant que ses derniers souvenirs professionnels datent d'avril 1937.

« Fistule suintante de la région fessière droite. A observer. »

« Paralysie générale. Calme habituel. Propos mégalomaniaques puérils. A maintenir. » (Dr Beaudouin).

Au cours de son séjour à Maison-Blanche, Suzanne fut adressée à plusieurs reprises au pavillon de chirurgie pour un abcès fistulisé de la région sacro-coccygienne consécutif à une ostéite du coccyx.

Cette suppuration se prolongea dc novembre 1939 à juin 1940, accompagnée d'une *température* un peu irrégulière oscillant autour de la normale et qui présenta dans le courant de cette évolution *trois clochers fébriles* aux environs de 40°.

En août 1940, elle présenta un *hygroma suppuré* du coude gauche qui fut incisé et qui s'accompagna d'*une forte réaction thermique* dépassant 40° pendant deux jours et s'amenda rapidement à la suite d'une thérapeutique sulfamidée.

En juillet 1940, l'examen ophtalmologique donna le résultat suivant : réflexes pupillaires photomoteurs abolis. Pupilles égales en bon éclairage. Fond d'œil normal. Acuité normale.

L'amélioration des symptômes psychiques paraît débuter en juin-juillet 1940. L'état général s'améliore parallèlement. La suppuration sacro-coccygienne se tarit. Une reprise pondérale s'amorce et l'augmentation de poids se poursuivra jusqu'à atteindre 13 kgr.

En juillet 1940, Suzanne, bien orientée, rectifie ses idées délirantes. L'évocation des faits délictueux signalés semble provoquer une certaine réticence ; elle affirme n'en avoir conservé aucun souvenir. Elle est calme, s'occupe régulièrement et donne l'impression d'être dans son état normal.

Elle signale la première fois en août 1940, lors de l'évolution fébrile de l'hygroma, l'apparition de *troubles cénesthésiques :* on lui envoie des « ondes » dont elle localise la perception au niveau de la face et dont elle donne des explications d'ordre persécutif.

Les réactions humorales, pratiquées en novembre 1940, sont négatives dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien : *albumine* 0,60, *globulines* +, *leucocytes* 0,8, *benjoin :* 12222.22221.00000. *Meinicke négatif. Bordet-Wassermann négatif.*

Signalons qu'au cours du séjour à Maison-Blanche il n'a été pratiqué aucun traitement spécifique.

Actuellement, la malade ne présente ni troubles de l'orientation, ni

troubles de la mémoire, sauf toutefois en ce qui concerne la période délirante et l'activité délictueuse qu'elle prétend avoir oubliées et qu'elle n'évoque qu'avec réticence.

Elle fait toujours état de troubles *cénesthésiques*, qu'elle éprouve depuis une dizaine de mois environ, localisés dans la région céphalique, et qu'elle explique par une *intervention hostile*. Ce sont des ondes, d'action superficielle ou non — elle pense qu'elle a peut-être quelque chose dans la tête — mais accepte aussi l'explication entendue ici de la bouche de quelqu'un qu'elle ne veut pas nommer, qu'il y a quelque part un « appareil émetteur » dans l'Asile. Tout cela peut-être résulte d'une *vengeance :* elle a eu au début de ses troubles des difficultés (?) avec la directrice d'une maison de garde-malades, ayant renvoyé celle qu'on lui destinait. Et c'est peut-être cette femme qui aurait décidé de lui « régler son compte ».

Mais ces explications manquent de conviction, et Suzanne demande un examen de l'oreille où elle ressent le plus vivement ces sensations.

En résumé : syndrome de paralysie générale avec réactions humorales positives ; évolution vers une amélioration des signes de déficit, et apparition d'un délire secondaire construit sur des troubles cénesthésiques.

Un nouvel examen de contrôle du liquide céphalo-rachidien vient d'être pratiqué le 3 mars 1941 et donne à très peu de chose près les mêmes résultats que celui de novembre 1940 : albumine 0,50, Pandy et Weichbrodt +, leucocytes 0,8, benjoin : 12222.22222.00000. Réactions de Meinicke et de Bordet-Wassermann négatives.

Cette observation nous paraît mériter quelques brefs commentaires :

En premier lieu, peut-on mettre en question le diagnostic de paralysie générale ? L'aspect clinique du début et les réactions humorales semblent bien convaincants.

Quelle fut d'autre part l'action de la malariathérapie dans la rétrocession des symptômes ? Il n'y a pas eu de résultats immédiats, et le Dr Dupouy l'a considérée comme « sans résultat ».

L'amélioration, au contraire, étant apparue comme contemporaine de la première suppuration, ne semble-t-il pas qu'elle soit en relation avec celle-ci ? On peut supposer que la seconde suppuration a agi également.

En toutes hypothèses, l'atténuation notable des réactions liquidiennes, et notamment la négativation du Bordet-Wassermann, paraissent surtout dignes d'être soulignés.

M. Laignel-Lavastine. — En somme, il s'agit d'un syndrome hallucinatoire post-malarique répondant à la description de

Leroy. Le fait original, c'est l'apparition tardive d'un état délirant considérable, évolutif.

M. Leroy. — La rémission survenue chez cette malade à la suite de suppurations fébriles nous rappelle une question des plus intéressantes et qui est à la base des travaux de Wagner Jauregg sur la malariathérapie. Depuis fort longtemps, l'Ecole française avait attiré l'attention sur les rémissions de la méningo-encéphalite survenues à la suite d'abcès, de furoncles, d'anthrax, voire même d'escarres. Ces faits étaient d'autant plus fréquents autrefois que les infections étaient plus communes par suite d'une hygiène alors mal appliquée. Nous en avons rapporté un nombre considérable dans notre livre avec M. Médakovitch. En juin 1858, une grande discussion eut lieu à ce sujet à la Société Médico-psychologique sur la guérison possible de la paralysie générale. Rappelons ici les travaux fondamentaux de Sauze (1858), de Marcé (1852), et surtout ceux de Baillarger (1859) et de Doutrebente (1878).

Il faut remarquer que les observations publiées à cette époque ne parlaient pas d'examens humoraux, mais nous devons admettre que la valeur clinique de nos aînés était telle que, dans l'immense majorité des cas, les épreuves de laboratoire étaient inutiles pour diagnostiquer la paralysie générale.

Les rémissions peuvent survenir dans plusieurs éventualités : suppurations sans fièvre, infections fébriles, spontanément. Les infections fébriles ont l'influence la plus remarquable.

Truelle a montré, en 1927, à la *Société clinique de médecine mentale,* un paralytique général guéri à la suite d'un anthrax avec grosse température, sans aucun traitement spécifique. Les réactions humorales positives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien étaient devenues presque normales. Nous avons nous-mêmes vu un paralytique général considéré comme perdu, en raison de la gravité de son état mental et physique, guéri en quelques semaines, à la suite d'une infection fébrile ayant amené la fonte purulente d'un œil. Les réactions humorales, très positives, avaient complètement disparu dans le liquide céphalo-rachidien, mais restaient positives dans le sang. Ce malade présentait un délire secondaire sous forme de persécuté-persécuteur et poursuivait l'oculiste qui l'avait opéré.

Comme exemple de guérison extraordinaire, Brouardel rapporte un fait curieux. Appelé en province pour une affaire médico-légale, il s'était trouvé en présence d'un jeune avocat des plus brillants. Un ou deux ans plus tard, il est appelé en consultation

par Blanche, pour visiter un malade si agité qu'il avait été roué de coups avec fracture de côtes. Il reconnaît avec stupéfaction le jeune avocat. Celui-ci guérit complètement et put reprendre ses occupations. De tels faits sont exceptionnels. On peut même douter ici du diagnostic, bien qu'il ait été posé par plusieurs aliénistes, entre autres par Legrand du Saulle.

M. Ach. Delmas. — Ces rémissions n'étaient pas durables comme les rémissions thérapeutiques.

M. Rayneau. — J'ai pourtant observé un paralytique général qui, après escarre sacrée avec grosse suppuration, a présenté une amélioration telle qu'il a pu reprendre des occupations sérieuses et mener une vie active pendant quatre ans.

M. Ach. Delmas. — Ces cas doivent être exceptionnels, sans parler des erreurs de diagnostic, si fréquentes dans les paralysies générales atypiques.

M. Brissot. — Evidemment, certains syphilitiques sont considérés à tort comme des paralytiques généraux, alors qu'ils sont atteints de syphilis nerveuse secondaire.

Examen histo-pathologique de deux cas de paralysie générale infantile présentés antérieurement à la Société, par MM. L. Marchand, Brissot et M. Froidefond (*Présentation de coupes*).

L'un de nous a présenté, il y a quelques années, à la Société Médico-psychologique (1), deux types de paralysie générale infantile que nous avons opposés du point de vue clinique ; nous avons donné à l'un le nom de *forme évolutive* de la paralysie générale, à l'autre le nom de *forme massive* ou syndrome d'*idiotie acquise*.

Nous avons insisté à cette époque sur un caractère commun : la résistance au traitement. Malgré une thérapeutique intensive appropriée (stovarsolthérapie), la méningo-encéphalite a suivi son cours fatal. Nos deux jeunes malades sont décédés. Un exa-

(1) M. Brissot et J. Maillefer. — Deux paralysies générales infantiles (forme évolutive et forme massive). *Annales Médico-psychologiques*, décembre 1937.

men anatomo-pathologique, pratiqué par l'un de nous, a confirmé les différences que nous établissions cliniquement entre les deux formes de cette affection. Aussi nous a-t-il paru intéressant de reprendre, en la complétant, notre première publication que nous nous permettons tout d'abord de résumer.

Observation I. — *Paralysie générale à forme évolutive.*

Le jeune D. B., âgé de 17 ans, est admis à la Colonie de Vaueluse en juin 1937.

Son père et sa mère sont décédés ; tous deux étaient syphilitiques.

D. B. n'a présenté aucun symptôme morbide jusqu'à l'âge de 13 ans. C'est alors qu'il se signale par sa négligenee, sa malpropreté et surtout par l'embarras de sa parole. Dès lors, l'évolution est rapide et progressivement un état démentiel s'installe : affaiblissement intellectuel général avee ineonscienee de l'état pathologique, inconsistanee des projets, indifférenee émotionnelle, gros troubles de la mémoire.

Les signes physiques sont eeux que l'on retrouve dans la paralysie générale classique de l'adulte : visage atone, inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, tremblement intense, eontinu, des museles de la face et des lèvres, embarras considérable de la parole.

Les examens biologiques ont confirmé un diagnostic clinique évident.

Malgré une stovarsolthérapie intensive poursuivie pendant deux années, l'état de D. B. ne s'est pas amélioré. La déchéance intellectuelle et physique s'est, au contraire, progressivement accentuée et le malade a succombé le 24 juillet 1939.

Observation II. — *Paralysie générale à forme massive* (*syndrome d'idiotie acquise*).

L'enfant B. J., âgé de 14 ans, est entré à la Colonie de Vaucluse le 8 mai 1937 avec le certifieat suivant : « Est atteint d'idiotie avec épilepsie, troubles vaso-moteurs très aeeusés des extrémités, stigmates dégénératifs. » Sa mère est spécifique. Son père est syphilitique et alcoolique. C'est dès l'âge de 18 mois que, à la suite d'une hospitalisation aux Enfants-Malades pour des « aecidents méningés », l'enfant est traité au sulfarsénol. L'hérédo-sypbilis est soignée depuis lors d'une façon ininterrompue par une thérapeutique appropriée. En 1933 apparaissent des erises d'épilepsie.

En 1935, à l'âge de 12 ans, les manifestations morbides s'aggravent brusquement et rapidement : le earactère se transforme ; l'enfant n'aime plus sortir ni jouer ; il devient malpropre et sa mémoire s'affaiblit de plus en plus.

A son arrivée dans le serviee, B. J. présentait le tableau clinique d'un état d'*idiotie* la plus eomplète, avee visage inexpressif, absenee presque totale de langage, malpropreté, sialorrhée abondante, aetivité réduite, purement automatique. L'affaiblissement intellectuel est

global. Les accès convulsifs se sont répétés au cours de son hospitalisation, principalement pendant les périodes d'interruption du traitement.

Les symptômes physiques constatés étaient ceux de la série paralytique : anisocorie, déformation des pupilles, signe d'Argyll-Robertson. En outre, des organes génitaux rudimentaires, une absence à peu près complète de caractères sexuels secondaires, une acrocyanose des membres, étaient l'expression de troubles glandulaires et vaso-moteurs importants.

Les examens biologiques des liquides humoraux ont confirmé pleinement le diagnostic.

Chez le jeune B. J. comme chez notre premier malade, une thérapeutique prolongée par le stovarsol n'a provoqué aucune amélioration et la mort est survenue le 20 mai 1939 à l'âge de 16 ans.

A propos de ces deux cas de paralysie générale, nous avions fait les remarques suivantes :

Le premier enfant, D. B., a été à peu près normal jusqu'à l'âge de 12-13 ans et a présenté, à partir de ce moment, une méningo-encéphalite dont l'évolution a été progressive, mais relativement lente.

Le deuxième malade, B. J., a été traité, dès l'âge de 18 mois et jusqu'à l'époque où nous l'avons examiné, pour des accidents spécifiques ; il a toujours eu l'aspect d'un gros arriéré et il s'est affaibli au point de vue intellectuel d'une manière si brusque et si totale qu'il a pu être confondu (et l'erreur de diagnostic a été commise par plusieurs médecins, à commencer par nous-mêmes) avec un malade atteint d'idiotie simple. On a constaté chez lui une démence globale, un véritable syndrome d'*idiotie acquise* caractérisé par la présence, à côté de troubles démentiels dominants, de symptômes neurologiques, glandulaires et vaso-moteurs.

Au premier type de paralysie générale infantile, l'un de nous a donné le nom de « *forme évolutive* » ; cette affection se rapproche de la méningo-encéphalite de l'adulte par son évolution lente, des signes physiques importants, par un syndrome démentiel évident, mais qui ne peut, en aucun cas, en imposer pour une simple arriération mentale profonde.

Au second type, l'un de nous a réservé l'appellation de « *forme massive* » pour caractériser l'intensité de l'affaiblissement intellectuel, la brusquerie de son apparition, sa prédominance sur les signes purement physiques de la maladie. Nous avons noté que cette variété massive semblait survenir plus spécialement chez les gros arriérés, en faisant par ailleurs cette remarque qu'il était souvent difficile — sinon impossible — de connaître le début

exact de ces troubles intellectuels d'origine purement méningo-encéphalitique. Le malade passe sans transition et s'effondre littéralement de l'arriération dans la démence.

Il était intéressant de savoir si, dans nos deux cas, aux différences cliniques correspondaient des différences lésionnelles. L'issue fatale étant survenue chez ces deux enfants, l'un de nous a pu pratiquer des examens anatomo-pathologiques, qui ont pleinement eonfirmé notre manière de voir.

Observation I. — *Malade D. B.*

Examen macroscopique. — Système nerveux. — Cerveau : méninges légèrement laiteuses à la partie convexe des hémisphères. Adhérenees méningo-corticales diffuses très prononcées ; il est impossible dc décortiquer le cerveau sans enlever en même temps de grosses pareelles cérébrales. Suffusions sanguines méningées au niveau des lobes eérébelleux.

Les circonvolutions présentent une grosse atrophie. Les ventricules latéraux sont très dilatés, surtout au niveau des eornes occipitales. Granulations du plancher du quatrième ventrieule. Pas d'athérome.

L'hémisphère droit pèse 530 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et la protubérance : 185 gr.

Examen microscopique. — Méninges : adhérenees méningées corticales diffuses ; pie-mère épaissie, mais peu envahie par des eellules embryonnaires.

Cerveau : dans le *cortex,* architeetonie très troublée des eellules ganglionnaires corticales. Altération profonde du cytoplasme cellulaire. De nombreux vaisseaux de la corticalité et de la substanee blanche sont atteints de périvascularite. Dans tout le eortex, énormes astrocytes renfermant plusieurs noyaux et émettant des arborescenees très étendues. Microglyocytes très nombreux à noyaux volumineux, à expansions très variqueuses. Au niveau des lobes frontaux, démyélinisation cortieale complète portant également sur la strie de Baillarger. Dans les autres régions, dégénérescenee des fibres tangentielles.

Dans les *noyaux caudés* et le *putamen,* nombreuses caleifieations des parois vasculaires ; quelques vaisseaux sont atteints de périvaseularite. Lésions eellulaires aceusées.

Aucune lésion importante dans le *cervelet.*

Pie-mère péripédonculaire et périprotubérantielle épaissie et infiltrée ; les vaisseaux intrapédonculaires sont entourés de manchons de cellules plasmatiques et embryonnaires. Le planeher du quatrième ventrieule est parsemé dc houppes névrogliques épendymaires.

Le périnèvre des *nerfs optiques* est épaissi et infiltré de cellules embryonnaires.

Observation II. — *Malade B. J.*

Examen macroscopique. — Système nerveux. — Cerveau : adhérences méningées plus prononcées au niveau des lobes frontaux qui sont eux-mêmes adhérents entre eux par leurs faces internes. Aspect laiteux de la pie-mère.

Les circonvolutions dans leur ensemble sont très atrophiées. En plusieurs endroits, on note comme un clivage entre la substance grise et la substance blanche ; l'atrophie porte également sur les noyaux gris centraux.

Les ventricules latéraux sont très distendus surtout au niveau de leur corne occipitale. Aspect granuleux du plancher du quatrième ventricule.

L'hémisphère gauche pèse 359 gr., le droit est du même poids ; le cervelet et le bulbe : 135 gr.

Examen microscopique. — Méninges : pie-mère très épaissie, sclérosée, renfermant de nombreux histiocytes. Vaisseaux à parois épaissies. On note quelques cellules embryonnaires au fond de certains sillons.

Cerveau : lésions cellulaires atrophiques. Au niveau des régions motrices, les cellules de Betz sont très réduites de volume. Architectonie très troublée. Plages dépourvues de cellules. Espaces péricellulaires très élargis donnant à la coupe un aspect fenêtré. Toute la région la plus superficielle du cortex est le siège d'une sclérose névroglique fibrillaire. Egalement, toute l'épaisseur du cortex est envahie par d'énormes astrocytes dont les expansions fibrillaires sont volumineuses et nombreuses. Microgliocytes nombreux à arborescences épaissies, très variqueuses. Au niveau des lobes frontaux, démyélinisation complète du cortex ; disparition de la strie de Baillarger, des fibres tangentielles et des fibres supra-radiales dans les autres régions. Aucune trace de périvascularite.

Cervelet : sclérose diffuse. Les cellules de Purkinje sont très clairsemées. Légère périvascularite.

Bulbe : légère infiltration méningée. Houppes névrogliques énormes sur le plancher du quatrième ventricule. Périvascularite des vaisseaux sous-épendymaires. Faisceaux pyramidaux très réduits.

Moelle : pie-mère infiltrée par places. Cellules motrices des cornes antérieures peu lésées. Quelques vaisseaux sont atteints de périvascularite. Oblitération complète du canal central. Racines normales.

Ganglions rachidiens : altération de nombreuses cellules nerveuses; poussière fine de pigment périnucléaire très abondante.

En résumé, l'examen histo-pathologique confirme entièrement le diagnostic clinique que nous avons porté. Dans le cas n° II (paralysie générale à forme *massive*), la maladie évolue depuis la première enfance et l'on ne trouve plus à l'examen des coupes aucune trace de lésions vasculaires inflammatoires, lesquelles ont

complètement disparu. Celles-ci ont fait place à une sclérose cérébrale diffuse, tellement abondante qu'il est impossible, par cette constatation *seule*, de faire le diagnostic rétrospectif de paralysie générale.

Dans l'observation n° 1, au contraire (paralysie générale à forme *évolutive*), il existe encore des lésions vasculaires inflammatoires et la sclérose, également diffuse, est moins prononcée que dans le cas précédent. Rappelons que, chez ce malade (D. B.), la méningo-encéphalite n'a eu qu'une évolution relativement courte (quelques années), comparativement à ce qui s'est passé chez le second enfant (B. J.).

Enfin, nous avons constaté dans les deux observations la présence de *granulations épendymaires* abondantes sur le plancher du quatrième ventricule, lésion qui vient à l'appui du diagnostic de paralysie générale.

Nous rappellerons, en terminant, que l'effet du traitement stovarsolique a été *nul* chez nos deux sujets, et que le processus morbide n'a cessé d'évoluer, malgré une thérapeutique intensive.

Nous avions déjà fait cette constatation antérieurement, à propos d'un autre cas de paralysie générale infantile présenté à la Société il y a quelques années (1).

Quelques cas de malformations congénitales des membres (avant-bras et mains) : Hémimélie, Ectrodactylie, Phocomélie, Syndactylie), par MM. M. Brissot, M. Froidefond et J. Butzbach *(Présentation de malades et de radiographies).*

Les malformations ou anomalies congénitales des membres sont rares. Nous n'en avons relevé que 3 cas chez 550 enfants traités actuellement dans notre Service (2). Leur étiologie est discutée. On a invoqué successivement la syphilis héréditaire, les traumatismes pendant la gestation, les tentatives d'avortement, les brides amniotiques, etc... Mais, le plus souvent, on ne peut faire la preuve de cette étiologie qui reste obscure.

Classification. — On en décrit *3 grands groupes :*

1° les *ectromélies.* — Caractérisées par la disparition totale

(1) L. Marchand, M. Brissot et P. Delsuc. — Evolution progressive d'une paralysie générale infantile, malgré un traitement stovarsolique intense, chez un hérédo-syphilitique traité dès la naissance (Considérations anatomo-pathologiques). *Annales Médico-psychologiques*, janvier 1937.

(2) L'un de ceux-ci a déjà été présenté à la Société (pouce surnuméraire).

ou partielle d'un membre ou d'un segment de membre. Elles sont parfois héréditaires et familiales et comprennent 3 variétés:

a) l'*hémimélie totale,* par absence de l'avant-bras ; *partielle,* par absence du radius, *très rare,* par absence du cubitus : l'hémimélie est une malformation et non une amputation congénitale ;

b) l'*ectrodactylie :* un ou plusieurs doigts font défaut et cette anomalie coïncide avec la disparition d'un ou de plusieurs os du carpe : on la rencontre souvent chez les parents et les enfants d'une même famille ;

c) la *phocomélie :* raccourcissement d'un membre, d'un segment de membre, d'un ou de plusieurs os ;

2° les *symélies :* consistent en la fusion de deux membres homologues (fusion des deux membres supérieurs ou des deux membres inférieurs) ;

3° les *malformations plus localisées :* à côté de ces deux grands groupes (Ectromélies, Symélies), on note assez fréquemment des anomalies moins importantes et plus réduites :

a) les *syndactylies :* soudure des doigts par persistance de la membrane interdigitale ;

b) les *polydactylies :* doigts surnuméraires (sexdigitisme, etc...) ;

c) les *schisomélies :* division en deux parties longitudinales d'un doigt, d'une main ou d'un membre entier.

Nous vous présentons aujourd'hui trois cas de malformations congénitales des membres : les deux premiers concernent des enfants de notre Service, le troisième est celui d'un militaire que nous avons pu examiner et faire radiographier pendant les hostilités.

Cas n° 1. — P... Henri, 17 ans. Arriéré instable. Examens humoraux négatifs. Antécédents héréditaires importants : grand-père maternel (*qui est en même temps son père*) alcoolique et spécifique. Mère syphilitique. On trouve réunies chez ce sujet les trois variétés de l'*ectromélie* (*avant-bras et main gauches*) :

1) une *hémimélie partielle cubitale :* le cubitus est articulé, mais n'est représenté que par ses deux épiphyses (*Fig. 1*) ;

2) une *ectrodactylie :* absence de 5 os du carpe et de 3 doigts. Les deux doigts qui existent constituent la malformation dite en « *pince de homard* » (*Fig. 2*), laquelle est souvent héréditaire et familiale, contrairement à ce que nous avons pu constater chez les parents et les frères et sœurs de notre malade qui sont indemnes ;

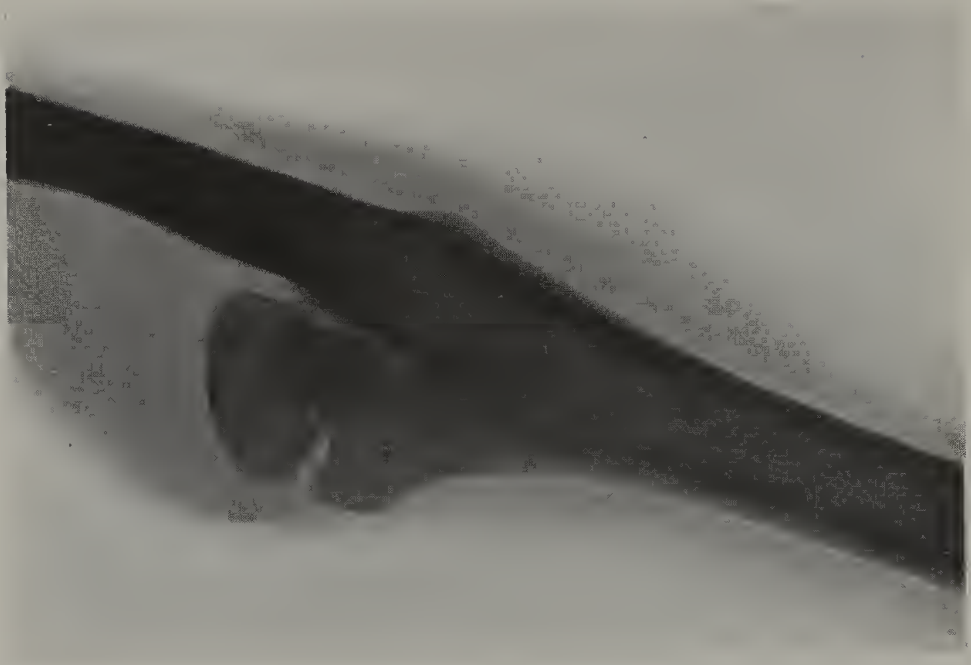


Fig. 1. — *Hémimélie cubitale :* Persistance de l'épiphyse supérieure du cubitus articulée avec l'humérus. Le radius se continue directement avec l'humérus.



Fig. 2. — *Ectrodactylie :* Réduction du carpe.
Doigts en « pince de homard ».

3) une *phocomélie :* le radius est normal, mais diminué de longueur (9 cm.).

Cas n° II. — J... Raymond, 9 ans 1/2. Enfant assisté. Arriération mentale simple. Pas de spécificité. Antécédents héréditaires inconnus.

On constate également chez cet enfant, *au membre supérieur droit*, les trois variétés de l'*ectromélie :*

1) une *hémimétie partielle cubitale :* le cubitus a disparu. Le radius — qui est beaucoup moins long que normalement — est incurvé

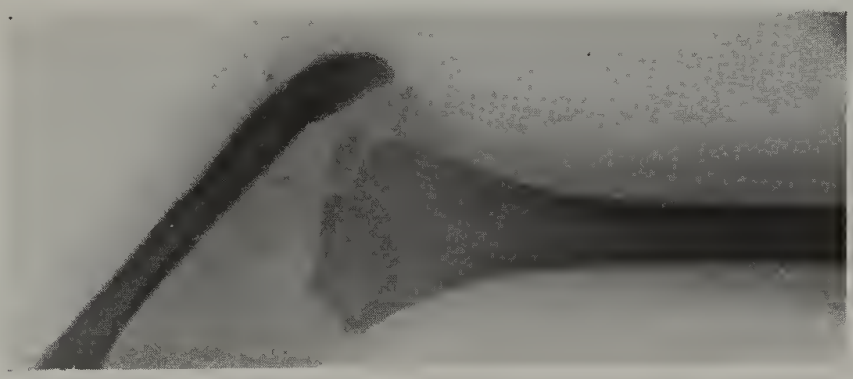


Fig. 3. — *Hémimélie cubitale :* Disparition du cubitus. Pas d'articulation entre le radius et l'humérus.

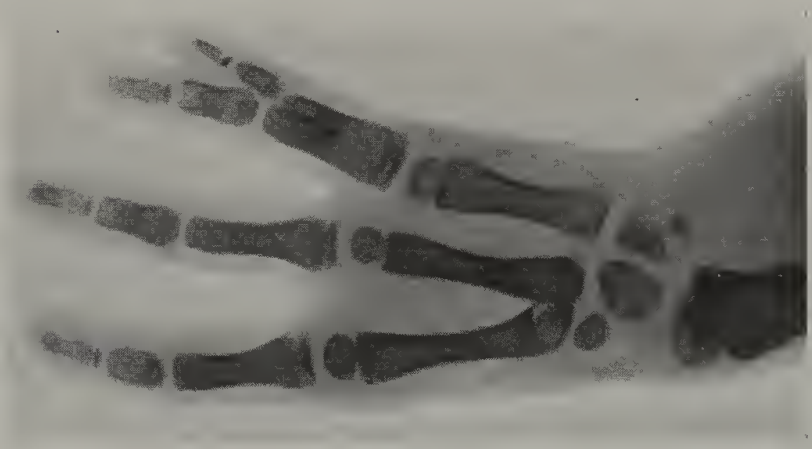


Fig. 4. — *Ectrodactylie :* Réduction du carpe, des métacarpiens et des doigts.

en C, *sans articulation visible* sur les radiographies avec l'humérus (*Fig. 3*) ;

2) une *ectrodactylie :* il existe seulement 4 os du carpe ; ceux-ci ne sont pas identifiables ; les métacarpiens sont réduits à 3, les doigts à 4 : le quatrième doigt forme une fourche en Y avec le troisième et prend naissance sur la première phalange de ce dernier (*Fig. 4*) ; il semble que ce soit le pouce qui fasse défaut (pas d'opposition) ;

3) une *phocomélie*.

Signalons en outre la longueur normale de l'humérus qui paraît cependant très gracile et le défaut d'ossification des cartilages de conjugaison au niveau de la tête de cet os (*Fig. 5*).



Fig. 5. — Humérus gracile. Ossifieation incomplète de la tête humérale.

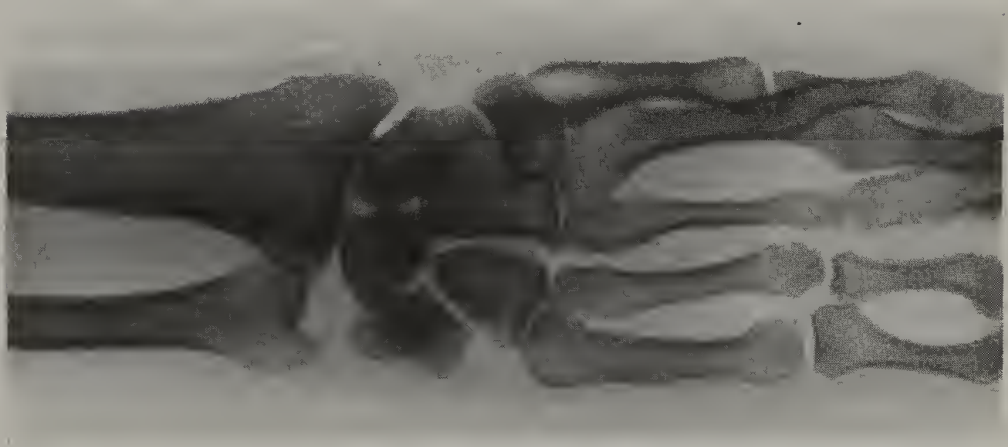


Fig. 6. — *Ectrodactylie et Syndactylie :* Absence du trapézoïde et des deux dernières phalanges des doigts constitués par deux gros moignons.

Cas n° III. — J... Joseph, 53 ans. Alcoolique chronique présentant quelques idées de persécution. Gros stigmates faciaux. Pas d'antécédents héréditaires. Les malformations ne portent que sur la main et le poignet *gauches :*

1) *ectrodactylie :* au carpe, absence de trapézoïde ; à la main, les deux dernières phalanges manquent et les doigts sont constitués par 4 moignons (*Fig. 6*) ;

2) *syndactylie :* ces 4 doigts sont réunis 2 à 2.

Les radiographies montrent qu'il existe, en réalité, 5 métacarpiens et 5 phalanges : les 3 phalanges externes ne forment qu'un bloc ; les 2 internes sont également soudées.

M. Laignel-Lavastine. — Geoffroy Saint-Hilaire, dans son traité de 1820, a parlé de manifestations de balaneement du côté opposé. Dans un eas présenté récemment à la clinique, il y avait deux orteils d'un eôté et six de l'autre. A la suite des expérienees de Wolff, publiées à Strasbourg en 1932, on sait que de telles malformations peuvent être obtenues par l'aetion des rayons X sur des segments déterminés de la moelle épinière embryonnaire.

M. Tusques. — Notons que, dans les eas de M. Brissot, il n'y a pas de malformations analogues ehez les aseendants. Et pourtant, ees troubles sont considérés comme des earaetéristiques dominantes. Voilà done une nouvelle exception à la règle.

M. Ceillier. — Pour affirmer le caractère héréditaire, il faut une multiplieité de signes de dégénéreseence. Si la malformation est isolée, on doit plutôt penser à un aceident, un traumatisme pendant la gestation par exemple.

M. Guiraud. — La présence de plusieurs signes (arriération mentale, atrophie de l'avant-bras) peut très bien être en faveur du diagnostie d'accident survenu au eours du développement.

Sur un cas de presbyophrénie de Wernieke avec ecmnésie et aphasie amnésique de Pitres, par MM. Laignel-Lavastine, J. Delay et H. Mignot.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société une malade atteinte d'une presbyophrénie de Wernicke, remarquable par certains caractères eliniques, et en partieulier par l'association à une aphasie amnésique de Pitres.

Observation. — Mlle R... Noémie, docteur en médecine, âgée de 61 ans, est entrée à la Clinique le 6 octobre 1940 venant de l'Infirmeric spéciale de la Préfecture de Police. Elle y avait été envoyée par ordre du commissaire de police, sur une plainte de voisins incommodés par le bruit de ses discussions avec son frère. Depuis 1931, elle vivait avec celui-ci, professeur de lettres en retraite, atteint de syndrome de Parkinson d'origine encéphalitique, dans un état de misère extrême.

Mlle R., ancienne assistante du Professeur Marfan, avait eu, comme

pédiatre, une nombreuse clientèle, mais depuis plusieurs années elle ne parvenait plus à gagner sa vie, et en 1935 elle avait cessé d'exercer la médecine. Il est très difficile de préciser la date du début des troubles mentaux ; tous les renseignements sont en effet fournis par son frère (lui-même atteint de légers troubles mentaux ayant nécessité un séjour temporaire au service libre de la clinique) qui ne se rend pas compte de l'état démentiel de Mlle R. et conteste l'opportunité de son internement. Il convient cependant que depuis 1935 « elle perdait la mémoire, ne savait jamais quel jour on était, et répétait souvent les mêmes phrases, en particulier : viens, mon petit frère, mon frérot chéri, nous allons faire un bon déjeuner... ».

Actuellement Mlle R. est dans un état démentiel qu'individualise l'énormité de l'atteinte mnésique.

Elle se *présente* dans un état de malpropreté et de négligence qui contraste avec la grande aisance de ses attitudes. Elle a conservé une politesse souriante et maniérée. Elle appelle chacun indifféremment « Cher ami », « Cher Monsieur », se sert de formules telles que « Cher ami, voulez-vous être assez aimable pour... », et s'adressant à une infirmière : « Chère, veuillez aller me chercher mon petit repas, sans trop me faire languir ». Au cours de la visite, tandis que sa voisine, une maniaque, vociférait des injures, Mlle R. s'est tournée vers nous et souriant avec indulgence : « Cette pauvre amie n'est vraiment pas raisonnable. Fi donc ! »

Elle est loquace, accompagnant le discours de gestes et d'une mimique appropriée, mais puérile et minaudière. D'humeur enjouée, euphorique, elle a le rire facile (pas de rire spasmodique) et interrompt l'examen pour chantonner un couplet de « Rêve de Valse » ou de « la Veuve Joyeuse », puis elle questionne : « Vous connaissez cela, cher ami..., mais soyez assez aimable pour aller me chercher mon petit repas ».

La désorientation temporo-spatiale est complète. La malade ignore absolument l'année, le mois, le jour et ne peut fournir aucune des dates de sa vie. Si on lui demande son âge, elle répond : « Je ne suis pas âgée, moins de 20 ans ». On lui suggère 19, 18, 17, elle commence à protester au-dessous de 16 ans ! En ce qui concerne son frère : « Il est moins âgé que moi, dit-elle, c'est un petit jeune homme, un garçonnet, je lui apprends le piano » (le frère a 55 ans). Cette opinion concernant son âge et celui de son frère résiste à l'évidence de certaines constatations et de certains raisonnements. « Comment se fait-il qu'à seize ans vous ayez déjà les cheveux blancs ? » Elle répond : « Il y a des gens qui blanchissent de très bonne heure. » Elle s'arrange toujours pour trouver une réponse apparemment plausible.

Elle ignore complètement où elle se trouve : « C'est un établissement, peut-être un restaurant. » « Un hôpital ? » « Peut-être. » Si on lui dit que c'est l'Hôpital Sainte-Anne, elle le répète docilement, mais quelques instants plus tard elle l'a oublié. Elle est incapable de retrouver toute seule sa chambre et son lit. Si on lui demande son

domicile, elle répond : « Un peu à droite, à l'angle, avec mon cher frère. » Mais si on lui demande d'écrire son nom, elle le fait correctement et y ajoute chaque fois son adresse exacte.

Les troubles mnésiques sont énormes tant dans le domaine de *l'évocation* que dans celui de la *fixation.*

L'évocation : en ce qui concerne sa propre vie, elle ne peut donner que quelques renseignements très vagues concernant tous *sa jeunesse,* et antérieurs à l'âge de 16 ans. Avec son père qui était receveur principal des Postes, elle a habité différentes villes de France mais a passé toute son enfance à Versailles jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle nous dit qu'elle a habité « avec ses chers parents et son cher frère toutes sortes de villes du Nord au Sud et de l'Est à l'Ouest ». Mais elle ne peut nommer aucune de ses diverses résidences sauf Versailles — dont elle se rappelle : « un très grand établissement avec un grand parc ». Versailles où elle se souvient d'avoir « appris le piano, chanté et dansé, avec son cher petit frère ». Et elle s'attendrit : « Ce cher enfant, il est si gentil. » Fait curieux, elle est incapable de dire les autres villes où elle a résidé mais peut dessiner une configuration grossière de la France, et alors indique : « en bas et à gauche, près d'une barrière, une ville où il y a un creux dans le rocher et un religieux qui fait une espèce de discours ». On énumère alors une liste de vingt noms de villes : elle retient Lourdes. Elle indique aussi « en bas et à droite », « une falaise au bord de la mer, près d'une barrière. Derrière la barrière, il y a une grande ville avec des établissements et des ruines ». Dans une liste de vingt noms de villes, elle retient Nice, et pour la ville avec des ruines : Rome. Du doigt elle indique au Nord et « à gauche » « un pays qui est dans l'eau ». De la topographie de Paris, elle a retenu qu'il y a deux rives, avec deux grands établissements, l'un à droite, l'autre à gauche (ce sont le Louvre et le Bon Marché) ; elle situe encore sur la rive droite un « endroit d'où l'on prend le train pour Versailles ».

Elle n'a aucun souvenir de sa *vie professionnelle.* Si on lui dit : « Vous avez été médecin », elle reprend : « médecin ?... peut-être... je ne m'en souviens pas ». Les notions les plus élémentaires de médecine lui sont devenues étrangères. La vue d'un marteau à réflexe, d'un stéthoscope, d'une seringue n'évoque aucun souvenir ; l'énoncé des médicaments les plus usuels, pas davantage. Le nom de son maître le Professeur Marfan ne lui est pas inconnu : « Mais je ne me rappelle pas du tout la personne ». Si on lui demande : « Qu'est-ce que la rougeole ? », elle répond : « Je ne sais pas, peut-être une fleur ».

En ce qui concerne *les faits récents,* l'amnésie est absolue ; son passage à l'Infirmerie spéciale, son entrée à la Clinique n'ont laissé aucun souvenir.

La fixation : la malade est parfaitement capable de répéter les mots, les phrases, les chiffres que l'on cite devant elle. Sa capacité d'appréhension immédiate est correcte, conditionnée par l'intégrité de ses perceptions. Mais l'acte de mémoration est aboli. Si au bout de

deux minutes, on lui demande de répéter l'une quelconque de ces épreuves, elle en est absolument incapable. Elle ne fait aucune distinction entre les personnes qu'elle a déjà vues et celles avec lesquelles elle se trouve pour la première fois, sauf en ce qui concerne son frère.

Elle présente de la *fabulation*. La fabulation est pauvre mais incontestable. « Qu'avez-vous fait ce matin ? » — « Ce matin, je suis allée à Notre-Dame-des-Champs et dans un endroit où on prend les trains. Je viens d'arriver à l'instant, cher ami, après être allée chez moi avec mon petit frère. Et puis je suis allée dans un grand établissement qui est à l'angle près d'une rive ». — « Qu'avez-vous fait hier? » — « Hier, je suis allée à Versailles où j'ai habité avec mes chers parents. Je suis allée dans de grands établissements et des endroits où on prend les trains. Avec ma chère cousine Elisabeth qui m'attendait près de l'angle nous avons pris un petit repas — un bon produit et un bon liquide — et puis elle m'a amenée dans un grand établissement où elle a des occupations » (la malade n'a pas quitté l'asile un seul jour depuis six mois).

Elle n'a pas le phénomène de *fausse reconnaissance,* et si on lui demande : « Avez-vous déjà vu cette personne ? », elle reste dans le doute : « Il me semble, peut-être bien... en effet. » Mais elle semble le faire plus par politesse et pour ne pas se donner la peine de protester qu'en raison d'une croyance.

Il existe d'importants *troubles de langage* consistant en une aphasie amnésique nominale. Elle n'a à sa disposition qu'un nombre très limité de substantifs. Elle emploie le mot « établissements » pour désigner les hôpitaux, les gares, les magasins, les restaurants, etc... Elle emploie le terme « produits » pour désigner toutes sortes de substances :

Question : Que voulez-vous comme repas ?

Réponse : Un bon produit et un bon liquide.

Question : Qu'avez-vous mangé à votre repas ?

Réponse : On m'a donné divers produits.

Pour réclamer à l'infirmière son dessert, elle dit : « Chère amie, soyez assez aimable pour m'apporter l'autre produit. » Voulant redemander des coquillettes, elle dit : « Donnez-moi donc encore de ces minuscules petits produits. » (L'amnésie nominale porte surtout sur les substantifs, tandis qu'elle dispose d'un nombre assez considérable de verbes et d'adjectifs dont quelques-uns imprévus).

L'épreuve de la *dénomination des objets* est très mauvaise. Elle n'en peut nommer que quelques-uns : le papier, un porte-plume. Mais si on lui montre une plume, elle répond : « Ça ressemble à ce qui est après ce que vous tenez à la main » (un porte-plume). Une clef : « Je sais ce que c'est, cette petite chose. Ça se met dans la porte, on tourne et ça s'ouvre. » Un gros livre : « C'est un important ouvrage. » Elle ne peut trouver le mot propre pour encrier, buvard, chaise, glace, etc... D'une façon courante, si on lui propose pour un

objet donné une série de termes, elle reconnaît celui qui convient, du moins pour les objets d'usage courant.

La phrase a toujours une syntaxe et une construction correctes, les mots ne sont pas déformés et il n'y a pas trace de dysarthrie. Quelques itérations.

Cette aphasie mnésique nominale est élective. La malade n'a aucun signe de la série agnosique (pas d'alexie, pas de surdité verbale, pas d'asymbolie tactile), aucun signe de la série apraxique. Elle se sert correctement des objets usuels, souvent cherchant à les nommer elle fait le geste qui en définit l'usage : pour la clef par exemple. Elle allume correctement une bougie. Elle exécute l'épreuve des trois papiers dans sa forme simplifiée, mais se trompe si on la complique tant soit peu. L'écriture est normale.

Les opérations automatiques de *calcul* sont relativement conservées : elle a conservé intacte sa table de multiplication si on la lui fait réciter en suivant la progression normale. Elle réussit les additions simples, mais se trompe dans les soustractions, les divisions.

La malade qui fut une bonne musicienne a conservé des notions de solfège. Elle chante d'une voix très juste toutes sortes de chansons de son enfance, de nombreux cantiques en *latin* sans faire une faute, alors qu'elle dit ne pas savoir un mot de latin. Elle récite des fables à condition de lui en dire les premiers mots : « Un jour maître Corbeau... » Elle continue. Mais interrogée sur ce qu'est un corbeau : « Je ne m'en souviens pas, cher ami. »

Le jugement. Elle a une incompréhension complète des situations, agit, parle et juge « au petit bonheur », en dehors des règles rationnelles. Mais cependant elle s'arrange pour donner avec assurance et satisfaction des réponses apparemment plausibles, mais à côté, aux tests d'absurdité.

Question : Un Monsieur écrit à son ami une lettre et à la fin ajoute: si cette lettre ne te parvient pas, avertis-moi afin que je me plaigne à la poste.

Réponse : Si elle vous est parvenue, vous n'avez rien à dire.

Question : Le boulanger vend ses petits pains très bon marché, il m'a dit qu'il perdait sur chaque petit pain mais qu'il se rattrapait sur la quantité.

Réponse : Eh ! bien, tant mieux, ça me fait plaisir pour lui...

Il y a chez elle perte complète de l'auto-critique, inconscience totale de son état morbide.

Par contre, il est intéressant de noter la conservation de la conscience morale, de tous les *sentiments moraux.* Si, par exemple, on lui dit : « Les voleurs seront récompensés... les bons seront punis », elle réagit et même se met dans une violente colère.

L'affectivité est également conservée. Elle n'est pas égoïste et témoigne d'un profond attachement pour son frère. Elle accueille celui-ci, quand il vient la voir, par des démonstrations bruyantes : « O mon bien-aimé frère, mon trésor adoré ! »

L'activité de cette malade est des plus restreintes. Elle ne se lève guère de son lit. Malpropreté. Gâtisme. Le seul besoin qu'elle exprime c'est celui de son « petit repas ». Quand on le lui apporte, elle mange avec voracité.

L'examen neurologique ne montre aucun signe anormal. Il n'existe *aucun signe de lésion au foyer, aucun signe de polynévrite.*

L'examen somatique montre un aspect sénile, une maigreur que ne justifie aucun trouble viscéral. Les artères sont dures. Clangor du deuxième bruit aortique. Tension artérielle à 18/12. Urée 0,40. Bordet-Wassermann négatif.

Le tableau clinique que présente cette malade est celui de la presbyophrénie. Nous retrouvons chez elle tous les symptômes décrits par Wernicke et par Kræpelin : les conditions étiologiques (femme de 61 ans), la présentation souriante, aimable, aisée, loquace, l'amnésie d'évocation et de fixation, la désorientation temporo-spatiale, la fabulation, les troubles du jugement avec conservation des sentiments éthiques et de l'affectivité.

Néanmoins, cette observation comporte un certain nombre de caractères spéciaux que nous tenons à souligner :

1° l'énormité de l'atteinte mnésique telle que la malade se croit ramenée à l'âge de 16 ans (véritable phénomène d'ecmnésie), avec l'oubli complet de tous les souvenirs professionnels chez une femme qui a exercé la médecine tous les jours pendant 25 ans ; les caractères de cette amnésie sont, dans l'ensemble, conformes à la loi de Ribot avec une conservation remarquable des automatismes moteurs ;

2° la pauvreté de la fabulation : certes elle fabule, nous en avons cité des exemples, mais cette fabulation est moins riche que dans les presbyophrénies habituelles et tourne toujours autour des mêmes thèmes stéréotypés ; si, à l'exemple de Régis, on distingue deux sortes de presbyophrénies : une presbyophrénie confusionnelle faite surtout de confusion et d'onirisme, de confabulation, et une presbyophrénie démentielle, dans laquelle domine l'amnésie, c'est à cette dernière variété que ressortit notre malade ;

3° l'existence d'une aphasie amnésique. On sait que Pitres a isolé sous ce nom une variété d'aphasie, essenticllement constituée par la perte de la mémoire des mots. Pitres distinguait trois formes d'aphasies amnésiques, dont la première rappelle exactement les troubles de notre malade : oubli du vocabulaire portant surtout sur les substantifs. Cette forme dissociée d'aphasie ne s'accompagne d'aucun trouble gnosique ou praxique. La

lecture, l'écriture, la compréhension auditive des mots, l'articulation verbale sont intactes ; il n'y a ni amusie, ni acalculie.

Cette aphasie amnésique constitue habituellement un reliquat d'aphasie de Wernicke, et les cas purs en sont rares. Dans ces cas, on a trouvé des lésions de la zone de Wernicke, bien que dans deux observations (Dufour, Byron-Bramwell), les auteurs aient observé une lésion de la troisième frontale gauche.

Comment expliquer chez notre malade l'existence de ce symptôme, qui ne rentre pas dans le cadre habituel de la presbyophrénie de Wernicke ?

L'aphasie amnésique, les itérations. la réduction massive « du stock des idées » ont fait évoquer par certains d'entre nous le diagnostic de maladie de Pick, mais il convient de souligner l'absence de tout signe de la série agnoso-apraxique et la mobilité, l'aisance de la mimique de notre malade.

Elle est hypertendue et artério-scléreuse ; faut-il conclure qu'elle a fait un foyer vasculaire ? Nous ne le pensons pas, étant donné le caractère extrêmement dissocié de cette aphasie et l'absence de tout signe neurologique qui nous fait éliminer une démence artériopathique. On sait que certains auteurs, dont Ladame, rangent la presbyophrénie dans le cadre des démences artériopathiques.

Mais nous pensons que la presbyophrénie n'est qu'une forme de la démence sénile et que des plaques séniles situées dans la région de Wernicke peuvent fort bien expliquer l'existence de cette aphasie au cours d'une presbyophrénie.

4° Signalons enfin l'absence de tout signe de polynévrite. L'opinion de Dupré, qui assimilait psycho-polynévrite et presbyophrénie est aujourd'hui controuvée, mais on comprend fort bien que la confusion des deux affections ait été possible.

Actuellement, un de nos malades, un homme de 62 ans, présente exactement le même tableau clinique que cette presbyophrénie. Or, il a été admis à la clinique il y a trois ans, avec un tableau typique de syndrome de Korsakoff à forme confusionnelle avec polynévrite. La polynévrite a aujourd'hui disparu, mais il reste un syndrome démentiel avec amnésie massive et confabulation calqué sur celui de notre malade.

M. Guiraud. — Il importe de préciser le mode de début des accidents. La présentation de la malade est si particulière qu'on se demande s'il n'y a pas à la base un état affectif. C'est une hypomaniaque. Son amnésie paraît bien complète, on pourrait même dire systématique.

M. Brissot. — Elle présente une euphorie, un enjouement teinté d'un certain maniérisme.

M. Delay. — Nous n'avons pas trouvé de raison valable pour retenir le diagnostic de syndrome affectif. L'amnésie est globale ; elle n'a rien de systématique. Elle porte sur les souvenirs de la vie médicale, mais elle est aussi nette sur le passé familial, les relations, les voyages.

M. Ach. Delmas. — On ne voit pas bien quel diagnostic opposer à celui de M. Delay. L'attitude de la malade est celle d'une amnésique retombée mentalement à 15 ou 16 ans. L'euphorie, l'entrain, la bienveillance sont très fréquents dans le syndrome de Korsakoff et la presbyophrénie.

Modifications de la personnalité. Automatisme mental, épilepsie. Gliome intéressant le lobe temporal, l'insula et la couche optique gauches, par MM. L. Marchand, J. Rondepierre, J. de Ajuriaguerra et A. Ménanteau.

Cette communication concerne la seconde et dernière phase de l'observation d'une malade déjà présentée à la Société (1). La volumineuse tumeur cérébrale, dont elle était atteinte fut une trouvaille inattendue, car malgré les examens successifs que cette malade avait subis dans différents services, un tel diagnostic n'avait jamais été envisagé. Voici le résumé de ce cas :

Observation. — Mme Del..., dont les antécédents ne présentent rien de particulier, se marie à 21 ans ; elle a quatre fils. Les grossesses sont normales ainsi que les accouchements. A l'âge de 34 ans, quelques jours après la dernière grossesse, phlébite de la jambe gauche compliquée d'embolie pulmonaire et probablement d'embolie cérébrale car elle est atteinte également d'hémiplégie droite et d'aphasie qui disparaissent rapidement.

Pendant trois mois D... reste immobilisée dans un état confusionnel. C'est alors qu'apparaissent des crises nerveuses, des troubles du caractère et de l'humeur qui entraînent le divorce.

Mme D... est suivie de 1933 à 1936 à la consultation spéciale pour épileptiques à l'Hôpital Henri-Rousselle et elle fait l'objet d'une présentation à la Société Médico-psychologique le 11 avril 1935.

(1) L. Marchand, Mlle Petit et Fortineau. — Développement d'un syndrome d'automatisme mental chez une déséquilibrée spirite. *Soc. Méd.-psych.*, 11 avril 1935, p. 643.

La malade présente alors deux sortes de crises, les unes névropathiques, les autres nettement épileptiques. Parmi ces dernières, certaines n'intéressent que le côté droit du corps et sont caractérisées par une sensation de refroidissement, de gonflement, par une contracture de la main, par un clignotement de l'œil droit, par une déviation de la bouche, par de la salivation ; pas de perte de conscience.

Sous l'influencc d'un traitement au gardénal, les crises disparaissent, mais la malade continue à éprouver de nombreux troubles sensitivo-moteurs sur lesquels nous pensons utile d'insister de nouveau en vue de l'interprétation des rapports anatomo-cliniques que nous exposons plus loin : engourdissement du bras droit, mouvements involontaires de la main, sensation de paralysie avec douleurs diffuses, courant électrique intense, sensation de refroidissement ou au contraire de chaleur passant à travers le corps comme un éclair, flammes colorées devant les yeux ; enfin impression en elle-même d'une « chose bizarre, rapide qui l'impressionne ».

Outre ces accidents on constate des phénomènes de médiumnité (inspirations irrésistibles poétiques et musicales conscientes, dédoublement et transformation de la personnalité), de l'automatisme mental (devinement de la pensée, intuitions, transmission de pensées, écho de la pensée), des idées d'influence (impulsions à voler), des hallucinations auditives (conversations captées), des idées de grandeur, de filiation et de persécution sans signe d'affaiblissement intellectuel.

L'examen décèle des réflexes rotuliens plus vifs à droite, des achilléens égaux ; aux bras les réflexes sont très vifs des deux côtés. Les pupilles sont égales et réagissent. Cicatrice de morsure de la langue. Cicatrice d'une brûlure profonde faite à la main droite au cours d'une crise épileptique.

Liquide céphalo-rachidien : tension 20 ; albumine 0,30 ; Pandy 0 ; Weichbrodt 0 ; Benjoin 00000.02210.00000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs. Sang : réactions négatives.

La malade est internée à l'âge de 40 ans le 25 décembre 1936 à l'Asile Clinique. Elle est transférée à l'Asile de Ville-Evrard le 1er avril 1938. Pendant son séjour dans ces établissements, aucune modification de l'état mental. Les accidents épileptiques persistent sous la forme de courtes absences (traitement : 0,30 de gardénal).

Le 6 août 1940, au moment où elle fait sa toilette, elle a une crise convulsive au cours de laquelle elle se mord la langue et émet une écume sanguinolente. Presque aussitôt, elle se cyanose et elle meurt en l'espace de quelques minutes.

Autopsie. — Examen macroscopique. — Encéphale: rien de particulier à l'extraction de l'encéphale de la boîte cranienne.

Présence d'une tumeur occupant la moitié antérieure du lobe temporal gauche, la partie postérieure du troisième segment du putamen et la région antérieure de la couche optique.

Au niveau de l'insula, le tissu, très mou, pâle, gélatineux, est le siège de nombreuses cavités de dimensions variées, à bords irréguliers.

Dans les autres régions, le tissu est également très mou, gélatineux et de couleur gris rosé.

Au niveau du lobe temporal, les circonvolutions sont très atrophiées. Il est impossible de différencier la substance grise de la substance blanche.

La tumeur forme une masse mal limitée faisant corps avec les parties paraissant saines. La pie-mère qui recouvre la tumeur est très fine et peu vascularisée.

L'hémisphère gauche pèse 710 gr., le droit 590 gr., le cervelet et le bulbe 170 gr.

Organes : congestion massive des poumons. Rien de particulier dans les autres organes.

Examen microscopique. — Le tissu tumoral a été examiné au niveau du lobe temporal droit et de l'insula.

Au niveau du lobe temporal, le tissu est formé d'un feutrage fibrillaire délicat dans lequel sont disséminés des astrocytes volumineux munis de prolongements épais ; leurs noyaux refoulés à la périphérie sont en voie de division par amitose (méthode de Hortega pour la névroglie). Dans ce tissu, présence de nombreuses cellules glanglionnaires en voie d'atrophie ; les fibres myéliniques sont très diminuées de nombre ; celles qui persistent ont un aspect moniliforme.

Dans la région de l'insula, même aspect tumoral ; mais la démyélinisation est presque complète. On note la présence de larges pertes de substance sous forme de ramollissements anciens. Les vaisseaux dans cette région ont des parois très épaissies sans trace de réaction inflammatoire.

Au pourtour du tissu tumoral, limites floues réalisant l'aspect du gliome diffus ; la distinction est impossible entre un tissu gliomateux ou une simple gliose. On note la transformation sur place et la prolifération des cellules névrogliques préexistantes devenant monstrueuses. Cette transformation des astrocytes est très nette à la partie antérieure de la couche optique gauche.

Dans les autres régions de l'encéphale, on n'observe que des lésions peu accusées : épaississement des vaisseaux pie-mériens sans athérome, gonflement de l'oligodendroglie dans la couche moléculaire ; pigmentation des cellules des olives bulbaires et cérébelleuses.

Ainsi cette malade a fait l'objet d'examens successifs pendant six années et la tumeur cérébrale, quoique localisée dans les zones cérébrales importantes, n'a pas été soupçonnée. Il nous paraît intéressant de rechercher les raisons de cette faute de diagnostic.

Au point de vue histologique, il s'agit d'un astrocytome infil-

trant plutôt que destructif, à prolifération lente, réalisant l'aspect d'un gliome diffus, respectant un grand nombre de cellules ganglionnaires et de fibres nerveuses. Il s'agit d'une transformation et d'une prolifération sur place des cellules névrogliques préexistantes qui deviennent monstrueuses. A noter qu'il existe à la partie postérieure de l'insula des foyers anciens de ramollissement et que dans cette région les cellules ganglionnaires et les fibres nerveuses sont complètement détruites.

Certains phénomènes peuvent être facilement expliqués. Il est probable qu'après son quatrième accouchement, à l'âge de 26 ans, cette malade a été atteinte d'une embolie cérébrale qui s'est traduite par une hémiplégie droite avec aphasie. Les foyers de ramollissement que l'on note dans l'insula en seraient les séquelles.

L'épilepsie tardive et les troubles sensitivo-moteurs importants intéressant le bras droit sont apparus quelques mois plus tard. Ils peuvent être rapportés à la tumeur envahissant l'insula, le lobe temporal et la couche optique gauches. Si ces troubles n'ont pas retenu l'attention des cliniciens, c'est qu'en présence des psychopathes, les aliénistes sont portés à contester la nature organique des troubles dont les malades se plaignent. Notons cependant que les résultats normaux donnés par la ponction lombaire et la disparition de tous troubles neurologiques ont encore contribué à égarer le diagnostic.

Quant aux troubles de la personnalité, aux phénomènes d'automatisme mental, aux idées délirantes, ils ne pouvaient apporter des éléments importants pour le diagnostic, car les particularités des syndromes mentaux au cours des tumeurs cérébrales ne peuvent servir ni au diagnostic, ni à la localisation du néoplasme.

Il reste à expliquer l'absence des troubles aphasiques chez une femme droitière atteinte d'un tumeur infiltrant le lobe temporal gauche, fait déjà observé. Il y a lieu de remarquer que la tumeur n'occupe que la moitié antérieure du lobe temporal, qu'il s'agit d'un astrocytome qui prend la forme d'une gliose proliférative infiltrant le parenchyme ; un grand nombre de cellules ganglionnaires, de fibres myéliniques persistent encore dans le tissu tumoral. Peut-être ce sont là les raisons que l'on peut invoquer, mais qui ne constituent qu'une simple hypothèse.

La séance est levée à midi 15.

Le secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 24 Mars 1941

Présidence : M. Achille DELMAS, président
et M. André BARBÉ, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 24 février 1941 et le procès-verbal de la séance du jeudi 13 mars 1941 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance comprend une lettre de Mlle le Dr CULLERRE, qui remercie la Société de l'avoir élue *membre titulaire*.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. LAIGNEL-LAVASTINE, au nom d'une commission composée de MM. H. CLAUDE, LAIGNEL-LAVASTINE et J. VIÉ, il est procédé au vote sur la candidature de M. le Professeur Julio ASUAD, de Bogota (Colombie).

Nombre de votants 25
Majorité absolue 13

A obtenu :

M. Julio ASUAD 25 voix.

M. le Professeur Julio ASUAD est élu *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique à l'unanimité des 25 votants.

COMMUNICATIONS

Sensibilité physique et anxiété au cours des tentatives de suicide, par M. Paul Carrette

Dans son traité de 1856, Brierre de Boismont (1) constatant la fréquence des suicides accuse les méfaits de la civilisation, l'exaspération des passions génératrices de souffrances que la décadence physique et morale ne permet pas de combattre avec efficacité. Cette époque décriée nous paraît aujourd'hui paisible et relativement saine. Depuis, l'emploi des anesthésiques et des analgésiques s'est généralisé. Leur perfectionnement a entretenu l'algophobie et développé au plus haut point les aptitudes de la sensibilité douloureuse. L'évocation des tortures infligées dans les temps anciens aux criminels, aux patients soumis à des pratiques chirurgicales nous paraît insupportable. On a peine à concevoir le succès des gymnosophistes de l'Inde et de l'ancienne Afrique, en dépit de leur panthéisme, et l'horreur des Celtes du Nord pour la mort naturelle poussée à un tel degré que devenus vieux ou infirmes ils se faisaient conduire sur les côtes à la pointe de rochers escarpés pour se précipiter dans les flots.

Les suicides par les moyens sanglants ont-ils disparu, ou tout au moins sont-ils devenus très rares ? Au contraire. Il est assez troublant de constater que des sujets que nous avons connus pusillanimes, toujours prêts à recourir au comprimé d'aspirine pour la moindre douleur, ont recours au suicide dans des conditions dramatiques, se livrent à des tentatives au résultat final incertain, qui leur font risquer les mutilations effroyablement douloureuses.

Avant d'en discuter, je voudrais citer quelques faits personnels et d'abord communiquer l'observation suivante :

Observation. — Qui..., mort à 37 ans, graveur, ancien prix de Rome, a contracté la syphilis à 22 ans et s'est soigné par intermittence. C'est un cyclothymique le plus souvent en état d'excitation hypomaniaque. C'est au cours du séjour à la Villa Médicis, qui suivit son prix de Rome, qu'il conçoit le grand projet de sa vie d'artiste dont l'échec paraît avoir joué un rôle déterminant dans sa tentative de suicide. Il profite d'une période de vacances pour parcourir le Piémont. Il visite longuement la cathédrale de Turin et médite dans

(1) Brierre de Boismont. — *Du suicide et de la folie suicide*. 1 vol. in-8°, 663 pages, Baillière éd., Paris, 1856.

la chapelle de Guarini, dite du Saint-Suaire, où il sait qu'une ostension solennelle a eu lieu en 1898. C'est en cette occasion que le chevalier Pia, avocat, photographe réputé, a été autorisé à prendre des clichés dont le négatif reproduit avec une netteté surprenante les traits et la position du Christ au tombeau. Muni des documents nécessaires, Qui... se propose de reconstituer le visage dans sa forme naturelle en utilisant la valeur des ombres photographiques pour les transformer en valeurs linéaires. Pendant 15 ans, il va expérimenter son procédé, étudier l'effet des altérations cadavériques sur les toiles et fabriquer des moulages (1).

Marié à 33 ans et bientôt père d'un enfant sain, il a continué ses travaux scientifiques, négligeant les profits faciles de sa carrière de dessinateur et de graveur, maintenant sa petite famille dans un état précaire. A 36 ans, il fait un ictus dont il garde quelques traces : des troubles oculaires et une faiblesse des membres inférieurs. Son caractère devient fantasque et ses productions artistiques baissent sensiblement. Les examens biologiques indiquent un Bordet-Wassermann positif dans le sang et négatif dans le liquide céphalo-rachidien qui donne un benjoin subpositif (11221.21000.00000) et une dissociation albumino-cytologique (alb. 0,60, cell. 2). Le malade reste lucide. Il est soumis au traitement combiné : hectine et bismuth insoluble. Il est très myope, et, les troubles parétiques oculaires s'ajoutant à la myopie, le travail devient impossible. Le traitement n'empêche pas de nouveaux ictus. Qui... passe durant quelques semaines de la mégalomanie et de l'exhibitionnisme à la prostration et à la tristesse, pour sombrer dans une mélancolie continue avec désespoir et auto-accusation. Il souffre surtout de laisser les siens dans une misère qu'il exagère et de devoir abandonner ses travaux sur le Saint-Suaire.

Une nuit, vers 4 heures, attiré par le bruit, on pénètre dans sa chambre et on trouve le malade en chemise, un rasoir (à grande lame) ensanglanté dans la main droite, cherchant dans une demi-obscurité une serviette pour essuyer des taches de sang au plancher. Une autre serviette rougie est nouée autour du cou. Elle masque une énorme entaille qui va d'une oreille à l'autre et qui a sectionné tous les tissus superficiels. C'est la résistance du paquet vasculo-nerveux profond avec ses aponévroses qui a retardé l'exécution complète du projet de sectionnement de la gorge. Très calme, bien que pâle et défaillant, le blessé explique qu'il a été aveuglé par le sang et que le rasoir a glissé. Il s'inquiète surtout des repaires anatomiques qu'il a négligés et qui lui ont fait manquer la section de la carotide. Heureusement, les secours médicaux ont pu être organisés. Je pratique immédiatement l'hémostase et les sutures. Pendant une heure, le travail est effectué sans une plainte, sans une réaction de défense. Le

(1) Il ne s'agit pas là d'une idée délirante. Le projet n'est peut-être pas réalisable, mais il se défend. Il a été encouragé par des chimistes et des physiciens.

malade s'excite peu à peu, donne des explications et des conseils sur la technique à suivre. Ce n'est que vers la fin que les signes de perception des impressions douloureuses commencent. Le blessé signale des tiraillements du côté droit du cou, une forte sensation de brûlure ; il demande à boire ; il accuse une céphalée assez vive. Quelques heures plus tard, il se comportera comme un opéré quelconque. Il explique son geste par le désespoir. Il a envisagé cette solution avec un sentiment de libération. Pendant une semaine, les forces reviennent, mais les crises de désespoir sont presque quotidiennes. Huit jours après l'accident, Qui... présente un accès hyperthermique avec agitation et délire onirique. Dans la soirée, à l'occasion d'une courte absence de sa garde, il arrache son pansement, fait sauter les points de suture qui restent et, avec ses ongles et une épingle anglaise, il s'acharne sur ses vaisseaux carotidiens. Malgré les soins locaux, l'infection gagne alors rapidement, la suppuration s'étend et le malade meurt deux jours plus tard.

On ne peut tirer des conclusions d'un fait isolé, mais voici d'autres cas.

Une femme de 30 ans, hyperthyroïdienne, paraissant guérie d'un accès de dépression se jette de sa fenêtre au deuxième étage sur le sol cimenté. Elle présente des fractures du bassin et urine du sang. Elle n'est pas état de shock, mais très anxieuse ; elle répond par signes qu'elle ne souffre pas. Elle guérira complètement après plusieurs mois de soins.

Un homme de 67 ans, rentier, ancien fabricant de plumes, retiré des affaires avec une petite fortune, présente des idées de ruine et d'auto-accusation. Alors que tout le monde s'accorde à reconnaître une subite amélioration il profite d'un instant d'inattention pour s'emparer d'un couteau de table et debout devant la glace de son armoire il perfore sa paroi abdominale en trois points. La mort survient peu après. Le malade, calme, ne s'inquiétait pas de ses blessures. Il réclamait sa femme pour lui faire ses adieux et obtenir son pardon.

Un autre anxieux de 49 ans, hypocondriaque, se croyant atteint d'un cancer abdominal, sans signe objectif justifiant ce diagnostic, se jette d'un pont sur la voie ferrée. Il est relevé avec des fractures des membres inférieurs dont une ouverte du tibia droit. Pendant les manœuvres d'appareillage il continue à se tourmenter au sujet de son cancer et il n'abandonnera son idée hypocondriaque pour se plaindre de ses jambes que beaucoup plus tard.

Une malade d'asile, mélancolique de la ménopause, considérée comme très améliorée, obtient l'autorisation de travailler

dans son pavillon. Elle se blesse de coups de canif dans la région précordiale et n'exprime ensuite que sa satisfaction avec l'espoir d'être blessée à mort.

Enfin, j'ai observé à l'Admission de Sainte-Anne, dans le service d'Henri Colin, un grand anxieux auto-accusateur qui s'était, sous ses draps et malgré la camisole, arraché les bourses avec ses ongles. Il s'était mutilé toute une nuit. Il est mort au pavillon de chirurgie dans les 24 heures sans proférer une plainte.

On pourrait citer bien d'autres cas. Ils présentent tous un point commun. Le malade, blessé ou traumatisé, paraît en état d'analgésie pendant une période assez courte qui suit immédiatement l'accident. Dans les tentatives qui échouent on voit la sensibilité redevenir normale et même s'exaspérer. On pourrait dire, comme dans l'exemple de l'auto-mutilatrice cité par M. Courbon ici-même (1), que le traumatisme que s'inflige le sujet s'accompagne d'analgésie et « que ceux qu'on lui impose malgré lui s'accompagnent au contraire d''hyperalgésie ». L'attention est violemment sollicitée par l'émotion anxieuse et le suicide apparaît comme la seule délivrance possible. Il n'y a pas là de recherche de la douleur physique, d'attitude strictement masochiste comme certains le prétendent. Le corps s'efface devant l'absorbante actualité du drame psychologique. Le traumatisme physique n'évoque plus rien ; l'état préliminaire d'algophobie n'existe plus et le désir de la conservation tend à disparaître.

Les recherches physiologiques sur la douleur ne donnent pas des résultats absolus, mais des chiffres répondant à un état pycho-organique déterminé. Ce n'est pas la douleur expérimentale qu'il faut apprécier chez l'auto-mutilateur mais, pour reprendre la distinction de Leriche (2), la douleur-maladie avec ses lois propres. L'un tente le suicide par défenestration et vous serez tenté de mettre son anesthésie sur le compte du shock, un autre est atteint d'une affection organique du système nerveux et vous pensez aux analgésies d'origine centrale. Chez le mélancolique les recherches théoriques prouvent que le seuil de la sensibilité douloureuse est parfois très élevé. Il y a enfin des individus qui se suicident froidement après une détermination longuement mûrie en apparence, sans état mélancolique, sans trouble mental antérieur. Cependant la cause immédiate c'est

(1) P. Courbon. — La douleur physique dans les états émotionnels et les états mentaux. *Ann. Méd.-psych.*, 1936, T. II, p. 890.

(2) R. Leriche. — *La chirurgie de la douleur*. 1 vol., 430 p., Masson éd., Paris, 1937.

toujours ce paroxysme émotionnel, cette exaltation libératrice anesthésiante. Les suicides tristement célèbres, de Lucrèce à Chatterton, constituent des exemples que la réalité quotidienne se charge d'imiter trop souvent. Le malade Qui... se considérait comme mort du jour où, ses yeux trahissant sa main, il ne pouvait plus faire œuvre d'artiste. Il aurait pu ajouter avec Alfred de Vigny : « Se tuer tout entier ; il reste peu à faire ».

Mais c'est le point de vue psychiatrique qui doit nous retenir. Il s'agit du suicide des mélancoliques et tous les aliénistes avertis savent combien il faut se méfier des anxieux. C'est surtout aux jeunes, au débutants dans la carrière qu'il faut recommander la vigilance. Et ce sera notre conclusion pratique. L'entourage des malades nous dit : « On peut lui laisser son rasoir... ou son couteau ; il va beaucoup mieux... il n'a plus ses idées... il ne se fera pas de mal, il a trop peur de souffrir... » En effet, le malade était craintif, pusillanime, et il va subitement beaucoup mieux. Trop bien même, car ce calme trompeur n'est que la sérénité de l'indécis et de l'inquiet qui pour la première fois a pris la résolution ferme d'échapper définitivement à ses tourments.

M. Brissot. — Nous avons observé des cas qui viennent confirmer les conclusions du présentateur. J'ai vu, en Alsace, une anxieuse, non pas mélancolique, qui ne paraissait pas avoir d'idées de suicide, mais incitait à une surveillance discrète. Malgré la vigilance des infirmières, la malade avait réussi à se procurer un verre dit incassable, à le réduire en morceaux tranchants et, installée aux cabinets, à s'essayer sur ses poignets et les gros vaisseaux du cou. La tentative de suicide s'est prolongée pendant trois-quarts d'heure sans un gémissement. Le lit, le mur étaient éclaboussés de sang après le retour dans la chambre, sans que la malade en soit impressionnée. Un malade a lutté contre ses hallucinations visuelles en s'arrachant les globes oculaires qui pendaient sur ses joues sans qu'il manifestât la moindre impression de souffrance.

M. Marchand. — L'anesthésie physique au cours des tentatives de suicide peut être non seulement complète mais remplacée par un sentiment de bien-être. Je citerai le cas suivant qui m'a fortement impressionné. J'étais interne à l'Asile de Villejuif quand, une nuit, on est venu me chercher pour une malade qui venait de faire une tentative de suicide. Il s'agissait d'un mélancolique qui, simplement revêtue d'une chemise, s'était assise sur un fourneau à gaz allumé et, sans pousser le

moindre cri de douleur, s'était laissé littéralement griller. La peau de ses fesses et de son abdomen était parcheminée, dure comme du carton. Non seulement cette femme ne manifestait aucune douleur, mais éprouvait une joie intense parce qu'elle allait mourir sans souffrir physiquement.

M. HARTENBERG. — Des enquêtes que j'ai pu faire chez les mélancoliques qui ont raté leur tentative de suicide il semble résulter qu'il y a, outre l'anesthésie, une paralysie de l'instinct de conservation du moi. On peut se demander s'il n'existe pas à la base une modification organique, modification profonde ou disparition même de la cœnesthésie.

M. RONDEPIERRE. — Certes, il y a des modifications physiques chez les mélancoliques. Dans le service de Séglas des recherches avaient été pratiquées dans ce sens et Vigouroux a trouvé chez tous les déprimés anxieux une résistance électrique énorme, atteignant 50 ou 60.000 ohms, alors que les infirmiers témoins présentaient une résistance voisine de 5.000 ohms.

M. GOURIOU. — Il faut distinguer l'anxieux qui se suicide « à chaud », pourrait-on dire, au cours d'un raptus et le sujet qui se tue « à froid » par mépris de la mort, comme le Japonais qui fait harakiri ou le marin qui reste le dernier à bord. C'est l'effort de volonté qui joue dans le second cas. La crainte de la douleur est d'autant moindre que l'activité déployée est plus grande. Chez le mélancolique les deux facteurs peuvent intervenir à tour de rôle. Ainsi une malade s'est suicidée, ou plutôt a voulu se suicider, en s'ouvrant les veines avec une croûte de pain dur, bien pointue. Elle avait d'abord pensé à se libérer de son anxiété, mais pendant les soins elle ne pensait plus qu'à se comporter énergiquement devant les médecins et les infirmières qui l'observaient.

M. BARBÉ. — Les tentatives sanglantes sont très différentes les unes des autres au point de vue de la douleur. Se couper la gorge d'un coup peut ne pas être un geste très pénible, mais se cuire lentement sur un fourneau doit être autrement douloureux. Il y a là quelque chose de troublant. A Sainte-Anne dans le service du professeur Ballet j'ai observé un malade qui s'était disséqué le rectum avec un canif en incisant circulairement la marge de l'anus.

La séance est levée à 17 heures 40.

Le secrétaire des séances :
Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 28 Avril 1941

Présidence : M. Achille DELMAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 24 mars 1941 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le Dr Paul Abély, membre titulaire, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Date des séances

Sur la proposition du Bureau, la Société fixe comme suit la date des prochaines séances :

la prochaine séance clinique aura lieu le jeudi 8 mai, à 10 heures, à l'Hôpital Henri-Rousselle ;

la séance ordinaire de mai aura lieu le lundi 26 mai, à 16 heures, rue de Seine, celle de juin le lundi 23 juin ;

une séance clinique aura lieu le jeudi 10 juillet, à 10 heures, à l'Hôpital Henri-Rousselle ;

la séance ordinaire de juillet aura lieu le lundi 28 juillet, à 16 heures, rue de Seine.

COMMUNICATIONS

Mutisme psychogène chez un débile mental, par MM. Heuyer et Combes.

Obsertation. — Jean M., âgé de 12 ans 1/2, nous a été adressé le 22 juillet 1941 parce que, depuis 6 mois environ, il présente un mutisme absolu, refusant de s'exprimer autrement que par gestes.

Il a de lourds antécédents : son père a contracté la syphilis en 1926; il est traité régulièrement. Sa mère est « nerveuse » et souffre de coli-

ques hépatiques. Trois grands-parents sont morts âgés ; le quatrième est bien portant. Il n'a ni frères ni sœurs. Il est né à terme, pesant 3 kg., mais l'accouchement a été difficile (forceps).

Il a marché vers 13 mois, a été propre vers 2 ans, n'a prononcé les premiers mots qu'à 2 ans, et à 3 ans les premières phrases. A 6 ans, il parlait à peu près normalement, mais il est toujours resté très en retard au point de vue de la parole, répétant volontiers ce qu'il avait entendu dire, alors qu'il tenait difficilement une conversation suivie. Il n'a eu, comme maladie, que la coqueluche. Il n'a pas fait de convulsions. Depuis l'âge de 18 mois, il a été traité régulièrement par les arsénicaux et le bismuth.

Il présente, actuellement, un bon état physique. L'examen général, somatique et neurologique, est négatif. La cuti-réaction et le Bordet-Wassermann sont négatifs.

Très timide, il n'a jamais beaucoup parlé aux personnes étrangères. Mais depuis 6 mois, il se tait tout à fait, ne répondant plus que par gestes à ses parents eux-mêmes. Ses paroles se réduisent à quelques mots qu'il prononce de lui-même et pour lui-même à de rares intervalles.

Le 22 janvier, il se présente à nous avec un sourire niais et stéréotypé ; il est impossible de tirer de lui une syllabe. L'appréciation de son niveau mental a été, de ce fait, au début, difficile. Ses parents nous disent qu'il est le dernier dans une classe d'enfants de 9 ans. Il sait lire, écrire, mais il ne sait pas du tout compter. Ultérieurement, nous avons pu le tester : son niveau mental est de 8 ans environ.

Au point de vue du caractère, les parents du sujet le dépeignent comme très émotif, capricieux, susceptible, peureux, parfois coléreux, Peu démonstratif, il est cependant serviable. Il est assez adroit de ses mains. Il fuit les garçons de son âge dont il redoute les moqueries et les coups. Il est onychophage et se masturbe. Il n'a jamais commis de mensonges, ni de vols, ni de fugues.

Dès qu'on lui parle, on s'assure qu'il entend et comprend tout ce qu'on lui dit : il répond par signes de la main « oui » et « non » ; se fait comprendre par gestes ou par écrits, exécute les ordres qu'on lui donne.

Nous avons présent à l'esprit le cas de mutisme psychogène observé, il y a quelques années, dans notre service, chez un garçon de 10 ans, cas éclairci et guéri par l'interprétation psychanalytique des dessins de l'enfant, et que l'un de nous avait publié avec Mme Morgenstern. Nous avons pensé que le mutisme de notre sujet pourrait bénéficier de la même méthode. Nous lui avons demandé, dès le premier contact, de faire un dessin de son choix. L'enfant crayonna aussitôt et sans hésitation la figure ci-contre (fig. 1) qui exprime déjà, avec évidence, ses préoccupations sexuelles.

Il fut décidé que l'enfant serait mis en observation dans le service. Lorsqu'il revint, le 15 février, pour être hospitalisé, les troubles s'étaient aggravés ; au mutisme s'étaient ajoutées des manifestations

agressives et impulsives à l'égard de ses parents ; il avait battu sa mère et lui avait tiré les cheveux, il était devenu méchant au point d'effrayer les siens.



FIG. 1



FIG. 2

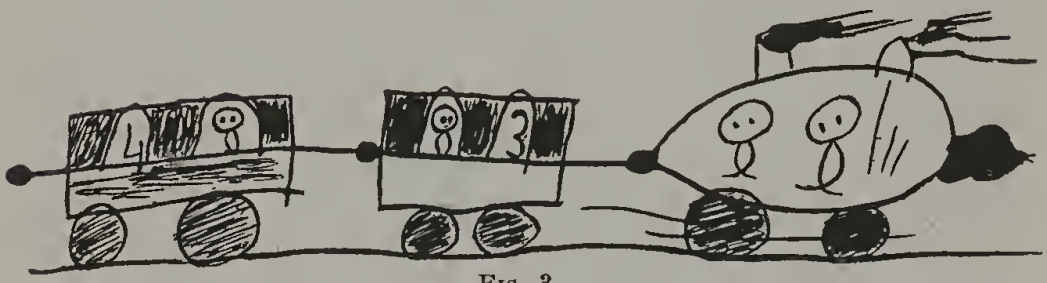


FIG. 3



FIG. 4

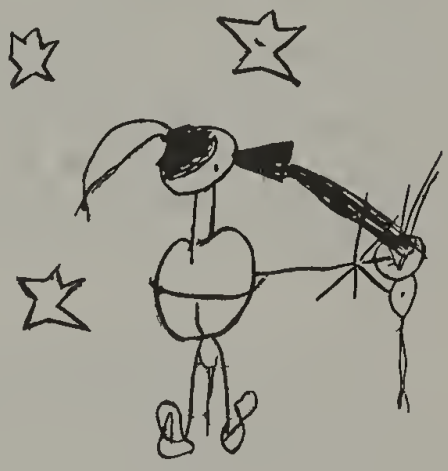


FIG. 5

Dès son arrivée, il fut isolé dans un box et privé de visites. Sur notre demande, il se mit à dessiner et à écrire à volonté sans aucune suggestion de notre part. Au bout de quelques jours, nous possédions un bon nombre de pages couvertes d'écrits et de dessins. Ceux-ci

étaient assez stéréotypés, et on relevait, reproduits chacun à de nombreux exemplaires : 1° le petit bonhomme déjà figuré trois semaines auparavant, avec tous ses attributs (fig. 1) ; 2° le volatile désigné comme étant une poule (fig. 2) ; 3° des séries de wagons accrochés les uns aux autres parfois tirés par une locomotive (fig. 3) ; 4° des étoiles, des dés, des dominos.

Les écrits étaient composés d'une série de mots incohérents, sans suite (le sujet couvre parfois des pages avec les mêmes lettres ou les mêmes chiffres). Nous remarquions néanmoins la répétition très fréquente de certains mots : papa, maman, tante, ferme, poule. Vers le cinquième ou sixième jour, apparut une figure nouvelle, qui ne tarda pas à se reproduire sur de nombreuses pages : il s'agissait d'un personnage hybride, à corps humain sexué et à tête d'oiseau munie d'un long bec (fig. 4).

Il nous sembla alors que nous pouvions essayer de dégager la valeur symbolique des créations de notre patient, et de découvrir le genre de peur qui devait être à l'origine de son mutisme. Cette poule devait probablement représenter l'ennemi le plus redoutable, et le personnage mixte figurer synthétiquement cet animal et la personne qui en avait menacé l'enfant. Les habitudes de masturbation de ce dernier rendaient la menace plausible, et les étoiles pouvaient signifier que celle-ci se réaliserait nuitamment.

Ayant cru comprendre que la tante du sujet habitait la banlieue parisienne et possédait une ferme, nous présumions qu'il avait pris quelquefois le train pour aller la voir et qu'il avait vu là les volatiles auxquels on devait donner ses génitoires en pâture s'il ne renonçait pas à ses habitudes de masturbation.

Le 22 février, l'un de nous (Combes) eut avec l'enfant un long entretien particulier, dans le but de lui faire exprimer de façon plus explicite les éléments du complexe affectif que nous soupçonnions. Il fut ouvertement question de la poule, objet de ses frayeurs. L'enfant manifesta aussitôt un intérêt très vif et les signes d'une intense émotion : regard brillant, gesticulation, importantes réactions vaso-motrices. Nous le priâmes enfin de nous expliquer sur le papier pourquoi il avait si peur. Il écrivit d'abord : « Moi j'ai peur », puis il nous dessina la scène ci-contre (fig. 5), où nous voyons l'être hybride, à la fois femme et oiseau, menacer de son bec démesuré la figure ou la langue d'un personnage beaucoup plus petit, d'aspect chétif et timide. Le sujet corrigea ensuite ce qu'il avait écrit, en rectifiant de la façon suivante: « Moi, j'ai pas peur; c'est le petit garçon ». La signification d'un tel dessin, où apparaît de manière voilée mais évidente, le complexe de castration est transparente. Seulement, le sujet prête à un autre sa propre peur, et représente le sacrifice (moins pénible pour lui) d'un organe différent de celui dont il craint d'être privé. La petitesse de la victime par comparaison avec les dimensions de son ennemi est également caractéristique.

Pendant toute la séance, le sujet n'avait pas prononcé un mot. Mais le lendemain, une surprise nous attendait : Jean avait parlé aux infirmières et à ses voisins de box. Il nous parla aussi, mais tout d'abord il ne consentit qu'à répéter ce que son voisin disait avant lui. Il fut alors isolé plus complètement, et, les jours suivants, il se mit à parler de lui-même, d'une voix explosive et mal articulée. Ces défauts furent partiellement corrigés par des répétitions de lecture à haute voix.

Jusque-là, l'enfant étant privé de visites, nous n'avions pas revu ses parents. Quand nous pûmes les interroger à nouveau, ce qu'ils nous racontèrent confirma, aux détails près, l'hypothèse que nous avions faite sur l'origine des troubles de notre jeune patient et la signification de son mutisme. En effet, la mère avait effectivement menacé son fils comme nous l'avions supposé ; de plus, l'enfant est, à l'école, le souffre-douleur de ses camarades, dont les plaisanteries n'ont pu qu'exagérer ses préoccupations sexuelles. Enfin, si sa famille ne possède pas de ferme en banlieue, du moins a-t-il passé l'été 1940 à la campagne, en province. Un jour, il fut poursuivi par un troupeau d'oies courant le cou tendu vers lui ; il ressentit une très violente frayeur de ce qui, peut-être, lui apparut comme le début d'exécution de l'ancienne menace. C'est d'ailleurs de cette époque que date son mutisme. Celui-ci représente, comme l'exprime le dessin ci-dessus (fig. 5) le sacrifice que l'enfant consent pour en éviter un plus pénible: la castration.

Nous n'avons pu, en raison de sa débilité intellectuelle, obtenir de lui-même une interprétation claire de ses dessins, comme Mme Morgenstern l'avait fait chez notre autre patient, garçon de 10 ans, intelligent.

La débilité intellectuelle de Jean explique peut-être la simplicité grossière du complexe affectif chez notre malade et la rapidité de sa libération suivie de guérison ; l'enfant suivi par Mme Morgenstern ne commença à parler qu'après plusieurs semaines d'isolement.

L'enfant a été rendu à ses parents, et nous saurons bientôt si, comme on peut l'espérer, il a renoncé à ses manifestations hostiles et agressives, en même temps qu'à son mutisme.

Nous pensons pouvoir proposer notre observation comme un cas de mutisme psychogène avec complexe de castration chez un débile mental, guéri par la méthode des dessins, étudiés au point de vue de leur signification symbolique et de leur interprétation psychalalytique.

Nous rappelons qu'avec notre regrettée collaboratrice, Mme Morgenstern, nous avons employé pour la première fois le dessin dans l'étude d'un cas de mutisme psychogène, dû à un complexe de castration. Ensuite, Mme Morgenstern en fit la base

d'une méthode psychanalytique d'investigation et de traitement qu'elle a exposée dans plusieurs de ses publications sur la psychanalyse infantile.

Enfin, ainsi que l'un de nous l'a soutenu maintes fois, ces accidents d'ordre pithiatique montrent d'une façon évidente qu'ils ont à leur base une cause affective d'intérêt. Le trouble pithiatique, en l'espèce le mutisme, se produit chez un sujet manifestement taré : Jean est un débile mental, le malade que nous avions vu antérieurement était un myopathique et l'hérédo-syphilis était en cause pour expliquer la défectuosité constitutionnelle du terrain.

Il y a toujours une intrication étroite entre les faits qui paraissent strictement d'ordre psychologique et ceux qui sont indiscutablement organiques.

Les idées délirantes de jalousie dans la démence précoce,

par MM. Paul Abély et Charles Feuillet.

Nous voulons apporter ici une contribution sans prétention à l'étude et à la sémiologie des idées délirantes de jalousie.

Depuis le travail de Victor Parant, sur les délires de jalousie, travail qui date de 1901, on trouve peu de publications importantes se rapportant à cette question. Si l'on parcourt les différents traités contemporains de psychiatrie, on remarque que les idées délirantes de jalousie se retrouvent classiquement décrites dans certains délires systématisés, dans l'alcoolisme cérébral, dans les syndromes d'involution sénile, dans quelques états maniaques. Mais cette jalousie morbide n'a pas été mise en relief, croyons-nous, dans la démence précoce.

Or, au cours de ces derniers mois, notre attention a été attirée par des coïncidences successives qui nous ont fait rechercher d'une façon plus systématique ce type d'idées délirantes dans la démence précoce. Nous vous communiquons les résultats de ces investigations.

Tout d'abord nous nous sommes rapidement aperçus que si les idées de jalousie existent assez fréquemment dans la démence précoce, on ne les rencontre guère que dans la forme paranoïde de cette psychose. Nous vous en présentons neuf cas typiques recueillis dans le service. Dans ces neuf observations, les idées de jalousie n'ont pas une allure identique. Elles se greffent naturellement sur un état délirant ou affectif particulier, état délirant

ou affectif qui porte dans tous les cas la marque de la démence paranoïde. Il s'agit naturellement de sujets jeunes, n'ayant aucun antécédent alcoolique.

Nous croyons utile de diviser ces neuf cas en trois groupes. Dans chacun de ces groupes, les idées de jalousie varient nettement dans leur présentation et dans leur évolution et permettent d'envisager des explications psychopathologiques différentes.

Nous allons vous résumer très rapidement ces observations, en insistant seulement sur les symptômes utiles.

1er groupe

Observation I. — V., 34 ans, est interné depuis un an et demi mais, en fait, le début de ses troubles mentaux remonte à quatre ans environ, soit à l'âge de trente ans. Victime de chantage, V. devint taciturne et hargneux, apathique et rêveur, de caractère difficile. Il commence à manifester quelques doutes quant à la conduite de sa femme et dit à des parents qu'il a l'impression que celle-ci le trompe, mais qu'il ne peut pas l'attester, « qu'il y pense sans y penser ».

Puis ses soupçons s'étendent à tous les membres de sa famille, y compris les propres frères de sa femme. Il commence à devenir violent, frappe son épouse à plusieurs reprises et interdit à quiconque d'entrer chez lui. Notons qu'il est rigoureusement sobre. Il se met à manifester des doutes sur la paternité de ses trois enfants. Il ne sort plus de chez lui, devient tyrannique et violent. Les événements qui précèdent la guerre accentuent son état. Mobilisé le 11 septembre 1939, il est réformé quelques jours après pour troubles mentaux. Il revient chez lui en plein état délirant, tenant des propos incohérents, écrivant de longues pages où il se déclare capable de rétablir la paix universelle. Sa violence s'exagère et on doit l'interner le 26 septembre 1939. Le certificat immédiat note : « Idées de persécution et de jalousie incestueuse, idées de grandeur, projet de rétablir le bonheur et la paix, faiblesse extrême des conceptions, absences de troubles sensoriels. Violences avec sa femme... » Les examens humoraux sont négatifs.

Quelques mois après on pouvait écrire : « Etat délirant évoluant rapidement vers la discordance paranoïde et les réactions impulsives graves... »

A chaque parloir il se montre à l'égard de sa femme grossier et agressif, il lui écrit de nombreuses lettres, telle celle-ci : « Je viens vous demander de me détailler votre vie, depuis votre jeune âge à ce jour, sans oublier aucun de vos faits et méfaits anormaux, ainsi que vos maris et pères de vos enfants, vos souteneurs et toute personne engagée dans vos affaires clandestines qui m'ont réduit où j'en suis. Ce n'est pas par jalousie que je vous envoie ce questionnaire, je crois que vous saurez apprécier ma grande force morale ainsi que les pro-

tections que vous pouviez trouver. Sinon, vous savez ce qui vous attend... »

Très vite cette jalousie s'estompe, tout au moins dans sa violence, et V. donne l'impression de vouloir profiter de cette situation pour répudier femme et enfants et changer sa situation sociale. Les scènes qu'il fait maintenant à sa femme ressemblent plus à une mauvaise querelle qu'à une rancœur de jaloux. Il devient aimable, souriant et commence à nous envoyer d'innombrables lettres où il signe : V., Empercur du monde, ma sagesse divine et spirituelle. Dans les nombreux projets du nouvel ordre mondial qu'il envisage il se soucie même de ne pas donner une trop mauvaise place à son ex-femme et aux enfants de celle-ci.

A son épouse, qu'il appelle maintenant par son seul nom de jeune fille, il écrit : « Ici un ordre. N'insistez pas à me jouer la comédie. Notre mariage n'a jamais existé. Soyez loyale, de vos fils je n'en reconnais qu'un et je continuerai à vous protéger. »

La discordance s'accentue et V. présente aujourd'hui les signes nets de la démence paranoïde.

Observation II. — S.. 33 ans. Pas d'antécédents pathologiques personnels ou familiaux.

Il est mobilisé dès les premiers jours de septembre 1939 et rejoint les armées. Nous manquons de renseignements sur son comportement pendant cette période. Sa femme nous dit : « Je recevais des lettres reflétant une grande tristesse. » Nous savons seulement qu'il est évacué, au début de mars 1940, pour troubles mentaux et dirigé sur l'hôpital de Dury-les-Amiens. Il y était traité pour confusion. Au bout d'un mois, il est déclaré sortant, et obtient un congé de convalescence d'un mois. Il rejoint le domicile conjugal. Alors qu'il était autrefois un mari affectueux et doux, il se montre d'une jalousie excessive, autoritaire et violent. Huit jours après son arrivée chez lui, il est arrêté à la gare de Lyon, où il se livrait à des actes impulsifs et brisait des lanternes.

Il est conduit au Val-de-Grâce. On le réforme et on l'hospitalise alors à Villejuif, en mai 1940. On lit sur l'observation de ce moment : « Se plaint surtout de sa femme, la soupçonne d'inconduite, prétend qu'elle lui a caché de l'argent pour certains buts qu'il soupçonne. » Mme S. donne les quelques renseignements suivants : « Nous sommes mariés depuis six ans et je puis dire que jamais je n'avais remarqué aucun symptôme, sa conduite ne donnait lieu à aucune réflexion. A mon avis, ce sont les événements actuels qui ont causé ce nouvel état d'esprit. Jamais auparavant il ne m'avait fait la moindre scène de jalousie. »

Nous avons pu constater, aux armées, l'apparition de tels délires aigus de jalousie chez des soldats, petits anxieux habituels, occasionnellement buveurs, souffrant de longue séparation d'avec les leurs. Mais ces bouffées délirantes cessaient habituellement assez rapide-

ment par le sevrage et le repos et surtout par un congé de convaleseence. Il n'en fut pas de même pour S. Ses idées de jalousie se transformèrent rapidement en une hostilité diffuse où le thème érotique s'estompait peu à peu. Il eommença à se livrer à des exeentrieités stéréotypées, montant sur les tables et tenant des diseours parfaitement incohérents, élaborant de vastes projets de transformation sociale, éerivant des missives innombrables à l'Aeadémie Française, à l'Ambassade Amérieaine, au Grand Rabbin, etc...

A ehaque parloir, il refuse de voir sa femme, ou se livre sur elle à des violences diverses. En juin 1940, il lui éerit la lettre suivante : « Je suis poli et conforme aux usages pour commeneer ma lettre, mais par la suite je suis obligé de laisser parler ma pensée. Je suis obligé de te dire que tu me deviens insupportable et que, comme je te l'ai déjà dit, je ne veux plus vivre avec toi. C'est pour cela que je voudrais te dire une bonne fois pour toutes que tu m'emm... et qu'il faut que ça finisse le plus tôt possible. » Comme dans l'observation précédente, la jalousie de S. est devenue une mauvaise querelle, destinée à le débarrasser d'une épouse indigne de sa condition.

En août 1941, on peut éerire à son sujet le eertificat suivant : « Est atteint de psychose paranoïde. Excentricités stéréotypées. Périodes de longue agitation, troubles associatifs importants, délire très flou à thème social. Jalousie atypique à l'égard de sa femme. Début de discordance. Pas de troubles sensoriels. »

Observation III. — L., 38 ans. Lourde hérédité pathologique. Un frère s'est suicidé à trente-deux ans. Une sœur est morte à l'asile d'aliénées où elle était traitée pour démenee précoee. Lui-même déséquilibré de toujours. Déjà traité plusieurs fois à l'hôpital Henri-Rousselle dès l'âge de vingt-neuf ans.

Il est interné pour la première fois en 1936 sur le motif : « Atteint de psychose schizophrénique avec intuitions délirantes, idées de perséeution diffuses, revendieations, etc... » Depuis quelque temps il se montrait particulièrement hostile à l'égard de sa femme, lui cherehant des querelles injustifiées, la frappant souvent, l'abandonnant plusieurs fois. Il la tortura si bien que eelle-ci fit un épisode dépressif et dut être internée en même temps que lui. Amélioré à la fin de l'année 1936, il fut remis en liberté.

Il devait être réinterné quelques mois plus tard. Le certificat de l'infirmerie spéciale du dépôt note alors : « Possibilité de délire paranoïde. Elément érotomaniaque à l'égard de Mlle X. Médeein à l'hôpital Y., celle-ci l'encourage moralement, lui envoie des influences favorables. Préventions contre sa femme, coups à cette dernière. Idées de persécution et d'influenee, éléments d'automatisme mental, apparence discordante. » Cette fois il s'agit moins d'idées de jalousie que d'une hostilité déelarée du sujet eontre sa femme qui l'importune.

Comme dans les deux cas précédents : c'est la mauvaise querelle. D'ailleurs S. écrit lui-même qu'il veut maintenant une femme ins-

truite pour pouvoir discuter avec elle, car il a appris toutes les langues et il est d'un niveau supérieur à sa femme. Cette dernière lui est devenue insupportable et c'est elle qui a besoin d'être internée.

Aujourd'hui, c'est-à-dire quatre ans après, il présente les signes habituels de la discordance paranoïde.

Aucun appoint éthylique dans son passé.

De ce premier groupe d'observations nous retiendrons l'apparition précoce, préliminaire, d'idées délirantes de jalousie, leur violence, leur agressivité, puis leur transformation rapide, parallèlement à l'évolution du syndrome paranoïde en un sentiment d'hostilité où la jalousie devient utilitaire et alimente la mauvaise querelle susceptible de rompre les liens avec un passé indésirable. Dans ce groupe où se retrouvent des idées ambitieuses absurdes, doivent entrer beaucoup de ces syndromes érotomaniaques greffés sur une base schizophrénique.

2e groupe

Observation IV. — V., apparition de troubles mentaux en 1935, il a alors trente-six ans. Traité autrefois pour pleurésie, aucun appoint toxique exogène.

Début par un état mélancolique avec hypocondrie anxieuse entrecoupée de courtes phases confusionnelles. Sentiment permanent d'insécurité et d'inquiétude. Après un séjour de quelques mois à St-Maurice, il sort très amélioré. Mais il doit être réinterné quelques mois plus tard et il entre à Villejuif.

Ce nouveau placement a été motivé par des réactions impulsives graves dirigées contre son entourage et spécialement contre sa femme qu'il accuse de coucher avec son patron, qu'il insulte grossièrement devant sa fille, la traitant de p..., l'accusant de gagner de l'argent avec des hommes pour le faire interner. Le certificat de l'admission note : « Idées délirantes de persécution, de jalousie, d'hypocondrie. Langage prétentieux, philosophique, vide et obscur, apparence ironique, réactions bizarres. Possibilité d'évolution vers un état schizophrénique. »

Ce pronostic évolutif se précise rapidement et tous les certificats signalèrent par la suite : « Est atteint de démence précoce à forme paranoïde avec délire polymorphe à thème incohérent. Maniérisme, stéréotypies, violences, ambivalence, raptus impulsifs. » Ses idées de jalousie persistent mais s'agglomèrent maintenant à un délire pseudo-philosophique très touffu et de plus en plus incohérent : sa femme se refuse à lui parce qu'elle a des conceptions philosophiques opposées aux siennes, elle l'élimine de son foyer pour des raisons d'ordre sentimental.

Un traitement par l'insuline fait disparaître les tendances impul-

sives. Mais la discordance s'accentue, l'incohérence est de plus en plus marquée. C'est à l'interrogatoire seulement qu'on peut lui faire extérioriser quelques idées de jalousie, devenues d'ailleurs très inaffectives.

Observation V. — P., trente-six ans. Une sœur internée à St-Venant depuis 1935 pour démence précoce. Une autre sœur morte à 18 ans de tuberculose intestinale. Lui-même a eu en 1933 une pleurésie « traumatique » à la suite d'un accident qui provoqua une double fracture du bassin et l'amputation d'un bras. Il a toujours été strictement sobre.

Les premières idées de jalousie apparurent vers 1934, il avait alors trente ans. Tout d'abord bizarre, ombrageux, soupçonneux, il empêchait sa femme de sortir. Puis il devint franchement violent, frappant son épouse et sa fille aînée qu'il prétendait ne pas être de lui. Après des années de patience, des scandales multiples, sa femme se décida à le faire interner cinq ans plus tard. Le certificat de l'admission est ainsi conçu : « Psychose délirante sur fond de schizophrénie pro- « bable : idées délirantes imprécises de jalousie et de persécution — « interprétations pauvres — suppositions vagues (il pense que sa « femme est peut-être sous l'influence d'un voisin, celle-ci paraît « effrayée. Thème extrêmement flou et peu cohérent, bizarrerie des « explications et du langage, troubles du cours des idées ; désintérêt, « affaiblissement affectif à l'égard de sa femme et de ses enfants ; « discordance ; bizarrerie du comportement. » En quelques mois la discordance paranoïde s'avère manifeste, l'incohérence s'accentue, s'accompagnant d'éclats de rire immotivés, de périodes d'agitation, les idées de jalousie s'estompent, le désintérêt se précise.

Traité récemment par l'insuline, il semble s'être sensiblement amélioré depuis quelques semaines et n'extériorise actuellement aucune idée délirante. Il demeure seulement inaffectif, souriant, apathique.

Observation VI. — T., trente et un ans. D'après les renseignements familiaux : caractère habituellement doux et sobre. Cela jusqu'en 1938.

Il a alors 29 ans et est interné pour la première fois en 1938 pour un épisode confusionnel qui porte la teinte de l'intoxication alcoolique, étiologie que l'on retient malgré les renseignements et les dénégations de l'intéressé. Les certificats indiquent : « alcoolisme chronique avec épisodes confusionnels (trois en quelques mois), onirisme, réactions impulsives, agitation nocturne, jalousie morbide. Coups à sa femme, velléités de l'étrangler, menaces de mort. » Il guérit assez rapidement de cette bouffée confusionnelle et peut sortir au bout de deux mois.

Mais il revient dans le service un an après. Sa présentation clinique s'est complètement modifiée. Déjà à l'hôpital Henri-Rousselle on a posé le diagnostic de psychose paranoïde. Chez lui domine surtout le sentiment d'étrangeté. Il trouve sa femme changée, tantôt plus

petite et tantôt plus grande et la méconnaît. Il croit que c'est seulement son sosie. On note : « fugue récente commandée par des voix. Insultes, obscénités, menaces à l'égard de sa femme. Tentatives de suicide ». Sa femme nous précise que depuis sa sortie, ses idées de jalousie n'ont fait que s'accentuer et se transformer. Récemment il disait « que moi et ses enfants n'étaient plus les siens ». A l'examen neurologique aucun symptôme d'intoxication éthylique.

Le diagnostic de démence paranoïde se confirme rapidement. Peu à peu apparaissent des idées de transformation corporelle, des stéréotypies, une discordance manifeste, des impulsions.

Observation VII. — L., quarante et un ans. En fait, malade depuis de nombreuses années.

L'un de nous a eu déjà l'occasion de présenter ce malade à la Société Médico-psychologique en 1937 à propos de l'écriture en miroir d'origine purement délirante. Le diagnostic de démence paranoïde n'avait donné lieu à aucune description. Son observation détaillée se trouve dans les *Annales Médico-Psychologiques* (décembre 1937). Renseignement important, à propos duquel nous reviendrons dans la discussion de ces cas que nous vous présentons, L. aurait eu en 1919 une atteinte d'encéphalite léthargique dont on ne trouve aucune séquelle neurologique mais qui est signalée dans un certificat de pension d'invalidité.

Dès 1933 il devient anxieux, nerveux, inquiet, fatigué, somnolent, obsédé par la crainte de devenir fou. Cet état s'aggrave et motive son internement en 1935. On signale alors une bouffée délirante polymorphe avec agitation anxieuse intermittente associée à des sentiments d'influence et de persécution. Cette bouffée délirante disparaît assez vite et le malade sort quelques mois après. Il dut être réinterné deux ans plus tard, c'est alors que nous eûmes l'occasion de le voir pour la première fois. Sa femme nous donne les renseignements suivants : « Depuis sa sortie en 1935 il n'a jamais été bien. Il continuait d'effectuer d'une façon régulière son métier de cantonnier de la Ville de Paris, mais il demeurait des heures entières rêveur et silencieux. Il était très sobre et ne buvait toujours que de l'eau rougie. Peu à peu et pour la première fois, il se montra extrêmement jaloux, exigeant que tout chez lui soit hermétiquement fermé. »

A son arrivée à Villejuif, nous notons : « un langage prétentieux et maniéré et un début de tendance à l'incohérence ». Chez lui domine, ici encore, le sentiment d'étrangeté, de transformation, d'insécurité associée à des idées très imprécises de persécution. Il nous dit : « Je remarque que ma femme actuelle est la troisième, les deux autres étaient faites de la même façon et portaient le même nom, pour moi, je croyais que c'était toujours la même, mais je me trompais ; j'ai maintenant l'impression que celle qui vit avec moi est un fantôme. Je suis poursuivi par la bande des grandes queues. Ce sont des individus qui, par la dimension de leurs organes,

me trompent à distance. C'est ainsi que la nuit, quand j'ai tout fermé, barricadé, qu'il n'y a personne chez moi, j'entends ma femme couchée à mes côtés jouir plusieurs fois dans la nuit. » Cette certitude dans l'inconduite de sa femme fait qu'il refuse de la recevoir les jours de parloir.

L'état mental s'aggrave rapidement, le délire devient de plus en plus flou et fantastique, le malade prend l'habitude de marcher à quatre pattes et d'aboyer comme un chien, l'incohérence et la discordance dominent le tableau clinique. Il meurt trois ans après dans le marasme démentiel.

Les quatre observations de ce deuxième groupe montrent des idées de jalousie nettement différentes de celles du premier groupe. Ces idées délirantes sont ici conditionnées surtout par le sentiment d'insécurité physique et morale, d'étrangeté, d'influence. Elles sont aussi précoces dans leur apparition, mais elles se modifient peu par la suite et s'atténuent rapidement, parallèlement à l'anxiété du début et à l'augmentation de la désagrégation intellectuelle.

3e groupe

Les deux observations de ce dernier groupe ont ceci de spécial que dans chacune d'elles, on rencontre une réaction homicide dictée par une jalousie en partie justifiée. Dans les deux cas la réaction homicide, qui laissait soupçonner un trouble mental apparent, a été le symptôme premier et brutal d'une évolution extrêmement rapide vers la démence paranoïde.

Observation VIII. — J., vingt-quatre ans. Garçon habituellement doux, timide, assez débile et émotif. Déjà au régiment, quatre ans auparavant, à la suite de la réprimande d'un supérieur, il était tombé en état de stupeur et était resté pendant quatre jours à l'hôpital dans le mutisme le plus complet. Puis tout était rentré dans l'ordre. Il menait une vie assez déséquilibrée, s'exhibant dans les foires dans des exercices particulièrement périlleux.

Il fait la connaissance d'une jeune fille et ébauche des projets de mariage. Mais peu de temps après, à la suite de circonstances très imprécises et peut-être déjà délirantes, il blesse grièvement sa fiancée de deux balles de revolver. Une expertise médico-légale le déclare en état de démence au moment des actes et il est interné à Villejuif. Le certificat d'internement indique : « affaiblissement des facultés intellectuelles avec troubles de l'humeur, du caractère, de la conduite, impulsivité pathologique, propos décousus et peu cohérents. » Cependant, à l'examen d'entrée, il apparaît surtout comme un débile, crédule, naïf, suggestible. Il dit avoir été trompé, berné, volé

par sa fiancée et qu'il a agi dans un moment d'exaspération et de désarroi quand son amie l'a menacé d'un abandon définitif.

Cette présentation peuso-normale dure quelques semaines à peine. Brusquement J. entre dans un état d'agitation confusionnelle avec forte température, somnolence persistante entrecoupée de courts raptus impulsifs, apparition d'un ictère très prononcé, quelques myoclonies. Un examen du liquide céphalo-rachidien indique un taux normal du glucose, de l'albuminose et simplement une légère hyperlymphocytose. Tout rentre rapidement dans l'ordre, mais J. est devenu en quelques semaines le dément précoce paranoïde typique et il sombre très vite dans l'incohérence la plus complète. Il dit que son corps est bisexué, la moitié droite est Jeanne d'Arc, la moitié gauche, Dunois. Si on lui parle à sa droite, il répond avec une voix féminine à peine perceptible, à sa gauche au contraire, on entend une voix mâle bien sonnée. Il exige deux assiettes pour nourrir ses deux personnages. Il est tantôt vautré à terre aux endroits les plus sales, tantôt expansif et menaçant. Il écrit de nombreuses lettres, pleines de néologismes, qu'il signe d'une façon stéréotypée : Jeanne d'Arc, Jumelle de Vercingétorix, jumeau de mon frère Adens, jumeau par Dauptasion de mon petit Baudry de Dieu... Il ne parle jamais de son geste homicide et paraît avoir complètement oublié son ancienne aventure sentimentale. Il est ainsi depuis neuf ans.

Observation IX. — L., trente-deux ans. Interné après examen médico-légal à la suite du meurtre de l'amant de sa femme. Cette expertise a, elle-même, donné lieu à quelques discussions et à l'examen de plusieurs experts, qui n'étaient pas tous d'accord sur l'état de démence au moment des faits. S'ils revoyaient aujourd'hui L., leurs derniers doutes s'évanouiraient, car c'est le plus parfait dément précoce du type paranoïde.

La victime était bien l'amant reconnu de la femme L. et l'affaire pouvait tout d'abord apparaître comme un vulgaire crime passionnel. Néanmoins les circonstances qui entraînèrent le meurtre étaient bien spéciales. L. porte tout d'abord le poids d'une assez lourde hérédité mentale pathologique. Il a témoigné précocement d'un grand déséquilibre mental, ayant la réputation d'un coureur de femmes, d'un noceur invétéré. Marié en 1932, il ne tarda pas à faire mener à sa femme la vie la plus pitoyable, la trompant effrontément, la frappant, contractant la syphilis avec des prostituées, la torturant au point qu'elle dut par trois fois abandonner le domicile conjugal et se réfugier chez ses parents. Chaque fois L. venait la rechercher, car il avait besoin de sa présence pour son commerce de boucherie. Et chaque fois, très éprise de son mari, et espérant un avenir meilleur, elle revenait. Ce tortionnaire, infidèle et cynique, était cependant autoritaire et jaloux. Après cinq ans de cette vie conjugale lamentable, elle finit par céder aux sollicitations d'un locataire de la maison. Mais craignant que son mari ne découvre cette aventure, connaissant son caractère

violent et pressentant un drame, elle cessa toutes relations avec son amant en octobre 1938. L. eut cependant vent de cette infidélité et deux mois après, en décembre 1938, pendant une scène violente au cours de laquelle il menaça d'étrangler sa femme, celle-ci, apeurée, avoua sa faute passée. Ces révélations mirent L. en fureur et il décida de tuer l'ancien amant. Le lendemain, en effet, il attendait celui-ci dans l'escalier et l'abattait de plusieurs coups de revolver.

L. était aussitôt arrêté et emprisonné. A la prison il se montra excité, logorrhéique, il raconte que Jeanne d'Albret est sa vraie femme, et que sur son anneau de mariage une inscription indique sa filiation avec Louis XV. Mis en observation à l'infirmerie spéciale, il est suspecté de simulation et renvoyé à la Santé. A la maison d'arrêt, il a quelques épisodes fébriles mais se montre plus calme. Cependant, les troubles mentaux réapparaissent bientôt et, en juillet 1939, l'expert conclut que L. est atteint d'un état d'aliénation mentale qui s'est accru lentement et régulièrement en prison pendant six mois d'incarcération préventive et qu'il présente maintenant des symptômes de la série schizophrénique avec discordance, faiblesse extrême de l'attention, état presque permanent de distraction, barrages et arrêts de la pensée, sourires inadaptés, etc...

Interné maintenant depuis plus d'un an et demi L. manifeste les signes les plus nets d'une dissociation psychique profonde avec idées délirantes absurdes du type démence paranoïde.

Ces observations ressemblent étrangement à celles d'un malade présenté par un de nous à cette société en 1930 sous le titre : « Impulsion homicide, premier symptôme de l'évolution d'une démence précoce grave. » Là encore on constatait, immédiatement après l'acte. un état confusionnel fébrile avec des réactions encéphalitiques particulières (forte lymphocytose dans le dernier cas).

Dans les deux cas présents nous retenons seulement la jalousie génératrice du geste homicide.

Nous avons voulu simplement montrer que l'on pouvait rencontrer assez fréquemment ces idées de jalousie dans la démence précoce spécialement du type paranoïde, et il est probable qu'en feuilletant les dossiers de tels malades on retrouverait d'assez nombreux cas semblables ; que souvent elles constituent un symptôme prémonitoire, avant-coureur de troubles plus précis. Chez un sujet jeune, non intoxiqué auparavant, ni soupçonneux, ni interprétant, l'apparition de telles idées de jalousie mérite d'attirer l'attention et de faire réserver l'avenir mental de l'intéressé.

L'on peut se demander maintenant pourquoi on ne retrouve pas ces idées délirantes dans les autres formes de la démence précoce hébéphrénique ou catatonique. Tout d'abord, il y a lieu de remarquer que les types hébéphréniques et catato-

niques se rencontrent surtout chez les sujets beaucoup plus jeunes, habituellement non mariés. Cette explication n'est certainement pas suffisante. On peut ensuite chercher un supplément d'éclaircissement dans la différence même de la présentation clinique : apathie beaucoup plus marquée d'emblée, indifférence affective plus nette et plus précoce, éléments délirants beaucoup moins marqués, désordre associatif plus accentué, plus primitif.

On peut se demander aussi, si l'hostilité familiale, classiquement signalée dans ces formes hébéphréno-catatoniques n'est pas l'équivalent d'une jalousie dépendant elle-même de complexes sexuels particuliers comme le prétendent les psychanalystes : hostilité plus ou moins consciente à l'égard du père ou de la mère, du frère ou de la sœur, du patron ou de la patronne, etc...

Nous nous sommes limités aux seuls cas de formes paranoïdes indiscutables, exemptes de tout élément toxique exogène présentant des symptômes majeurs de la série schizophrénique, et on ne peut nous objecter qu'il s'agisse dans telle observation d'une psychose hallucinatoire chronique du type Magnan.

Nous ne voulons pas réveiller une fois de plus cette vieille discussion qui fait se demander si la forme paranoïde appartient au cadre de la démence précoce selon la conception de Kraepelin. Notons cependant, une fois encore, que c'est presque exclusivement dans cette forme de la démence précoce qu'on rencontre des idées de jalousie.

Notons aussi que les méthodes thérapeutiques actuelles permettent elles aussi d'affirmer un peu plus l'autonomie particulière de ce syndrome paranoïde car il est maintenant à peu près classique de constater et de dire que l'insulinothérapie agit surtout dans cette forme de la démence précoce, cela à l'inverse du cardiazol. Nous avons été frappé aussi en constatant une autre action heureuse et parallèle de l'insulinothérapie. En effet, chez trois malades montrant des séquelles importantes d'une encéphalite léthargique ancienne : syndrome parkinsonien, troubles importants du caractère, impulsivité, ces séquelles ont été si nettement améliorées, et chez l'un d'une façon si remarquable (il a repris depuis plus de deux ans son activité professionnelle), que l'un de nous à l'intention de publier prochainement ces résultats et de poursuivre cette méthode de traitement dans des états semblables. Ce parallélisme d'effets thérapeutiques incitera à risquer l'hypothèse incertaine mais non impossible d'un parallélisme étiologique.

Dans l'observation V nous avons signalé la maladie de von Economo dans les antécédents de L... Chez plusieurs autres malades nous avons indiqué les périodes de torpeur, l'insomnie, les épisodes fébriles, les bouffées oniroïdes, les atteintes discrètes mais probables de l'encéphale, la brusquerie fréquente de l'éclosion, et dans presque tous les cas la rapidité et la massivité de l'évolution démentielle. La thèse de Mme Thuillier-Landry consacrée aux « délires à évolution démentielle précoce » contient l'observation tout à fait comparable (obs. V) d'un délire systématisé de persécution et de jalousie, aboutissant en quelque mois à peine à la déchéance intellectuelle la plus profonde. Les choses se passent comme si l'encéphale était brutalement assailli et vite terrassé par un virus imprécis, tuberculeux par exemple ou tout autre, peut-être anodin ou différent dans ses effets vis-à-vis de cerveaux moins fragiles ou d'âge différent.

Ces hypothèses séduisantes nous donneraient presque la tentation d'exclure ces états démentiels paranoïdes aussi bien de la démence précoce que des délires chroniques et de nous demander plutôt s'ils ne s'apparentent pas par divers côtés et dans leur base anatomo-physio-pathologique à d'autres états paranoïdes, à ceux consécutifs à une atteinte certaine de la maladie de Von Economo, à ceux bien décrits il y a vingt-trois ans, au moment de l'autre guerre, par MM. Mallet et Meunier, sous le titre : états paranoïdes, réactions de fatigue chez les prédisposés et où les auteurs notaient l'hyperthermie, l'augmentation forte du taux d'urée sanguine, l'insomnie rebelle, parlaient d'auto-intoxication, et reconnaissaient que quelquefois le pronostic immédiatement favorable avait été décevant.

On peut penser aussi à ces mêmes épisodes paranoïdes dont on a signalé l'apparition à la suite d'un choc émotif brutal et où certains virus habituellement saprophytes mais occasionnellement libérés ou exaltés, tel le virus herpétique, pourraient jouer un rôle important ; épisodes paranoïdes qui guérissent souvent mais qui peuvent aussi devenir rapidement chroniques.

Evoquons enfin les formes paranoïdes de la paralysie générale, devenues plus fréquentes depuis la malariathérapie où l'agent virulent tréponémique est connu mais peut être modifié dans son action et sa localisation par le traitement.

Là cependant n'est pas le but de notre travail et nous nous excusons de cette digression.

Nous voulions seulement retenir que dans la démence précoce et presque exclusivement dans la forme dite paranoïde, peuvent

apparaître, souvent précocement, des idées délirantes de jalousie. Les unes sont liées à l'élément délirant, au désordre imaginatif et associatif, certaines à un sentiment dominant d'étrangeté ou d'influence, à des troubles de la sphère génitale, d'autres enfin se déclarent brusquement et conditionnent une réaction brutale, ajoutant un danger de plus à la novicité sociale des déments précoces dans la première phase de leur maladie.

N'ayant qu'un service d'hommes, nous ne vous présentons que des sujets du sexe masculin, mais des observations identiques pourraient être recueillies dans un service de femme.

Telle est la simple contribution que nous avons cru pouvoir apporter à la sémiologie des idées délirantes de jalousie.

Essais d'un appareil français pour l'électro-choc, par MM. M. Lapipe et J. Rondepierre.

S'inspirant des remarquables travaux du Professeur Leduc (de Nantes) (1) le professeur Cerletti, de Rome, a montré, le premier, en 1934, qu'un courant électrique alternatif de 50 périodes et de 300 à 600 milliampères, appliqué au moyen d'électrodes sur les régions temporales durant quelques dixièmes de seconde, pouvait être avantageusement substitué au cardiazol pour obtenir des crises d'épilepsie curatrices chez certains malades mentaux.

Des recherches (ayant abouti à des résultats en général satisfaisants) ont été poursuivies, à ce sujet, non seulement en Italie, mais encore en Allemagne, en Angleterre, en Suisse et au Japon. Nous avons pris connaissance d'un article allemand (2) et surtout des travaux italiens et anglais cités dans une excellente revue générale du Dr A. Plichet (3).

Dans l'impossibilité de nous procurer, actuellement, dans le commerce, un appareil pour l'électro-choc, nous avons décidé d'en construire un. On ne pouvait songer à essayer sur l'homme cet appareil. Grâce à l'extrême obligeance de M. le professeur

(1) Publication initiale : *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, 21 juillet 1902 : « Production du sommeil et de l'anesthésie générale et locale par les courants électriques ».

(2) Prof. Friedrich Meggendorfer. — « Electrokrampfbehandlung der Psychosen ». *Deutsche medizinishe Wochenschrift*, 1940, n° 42, p. 1155.

(3) L'électro-choc. *Presse Médicale*, 20-23 novembre 1940, Nos 91-92.

Binet nous avons pu expérimenter, autant qu'il nous a plu, au laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine (1).

Le problème qui se pose est le suivant : faire passer un courant d'une intensité donnée à travers la boite crânienne — ce problème serait relativement simple si nous disposions de quelques dizaines de seconde, comme en électrothérapie courante, pour régler l'intensité ; — mais le traitement ne dure que quelques dixièmes de seconde. Aussi ne peut-on songer à faire le réglage sur le patient. Voici comment nous avons tourné la difficulté :

Au moyen d'un commutateur à cinq positions :

1re position : nous contrôlons et rectifions la tension aux bornes de l'appareil ;

2e position : nous faisons passer, sous tension constante, un courant alternatif de très faible intensité ; nous notons le degré de déviation de l'aiguille du milliampèremètre ;

3e position : nous substituons au cerveau une résistance métallique variable ; nous déplaçons dans un sens ou dans l'autre un curseur jusqu'à ce que nous obtenions la même déviation ; ceci fait, la résistance que présente le rhéostat est équivalente à la résistance de la boîte cranienne ;

4e position : nous introduisons cette résistance, équivalente à celle du cerveau, dans le circuit haute-tension ; nous réglons, sur cette résistance, l'intensité que l'on se propose de faire passer dans le cerveau ;

5e position : le cerveau est mis dans le circuit haute-tension et le courant est lancé, pendant un temps très court, au moyen d'un chrono-interrupteur électro-mécanique.

Ainsi, sans calculs (presque toujours erronés en biologie), nous pouvons prévoir, avec exactitude, ce qui se passera pendant la fraction de seconde que dure le traitement.

Nous nous sommes livrés à sept essais sur trois chiens différents et à un essai sur un porc, ainsi qu'à trois épreuves sur le lapin. Nous n'avons pas multiplié ces expériences, de la première à la dernière séance, notre appareil nous ayant donné, chaque fois, satisfaction. Pour ne pas allonger inutilement ce texte nous ne donnerons pas le détail des protocoles de chaque expérience, les crises ayant toujours été comparables à celles dont nous donnons les photographies et la description.

(1) Nous tenons à remercier le Docteur Bargeton qui nous fit bénéficier de sa compétence particulière quant aux actions du courant électrique sur l'organisme.

I. Expérimentation sur l'animal

A) *Expériences sur le chien*

1re expérience 1-3-41

Chien de 9 kg. 300 :

I. — On fait passer 150 milliampères
T. — Temps de passage du courant 1/10e de seconde
Crise convulsive typique



Fig. 1. — Chien de 9 kgs. Les mains isolées à l'aide de gants de caoutchouc appliquent les deux électrodes (2 cm. × 2 cm. en étain, matelassées de coton imbibé de sérum salé). On appuie fortement. 300 milliampères vont passer pendant 1/10e de seconde. La résistance est de 500 ohms (comparable à celle de l'homme).



Fig. 2. — Le courant a passé. Phase tonique immédiate ; presque aussitôt l'animal s'écroule. Pas de cri initial. La torsion du cou n'est pas due à la chaîne détachée de la table. La phase tonique dure environ 20". Mydriase. Urination. L'animal muselé à l'aide d'une corde ne peut bâiller.

2e expérience 3-3-41

Même chien :

I. — On fait passer 300 milliampères
T. — Temps de passage du courant 1/10e de seconde
Crise convulsive typique

3e expérience 5-3-41

Même chien :

I. — On fait passer 70 milliampères
T. — Temps de passage du courant 1,5/10e de seconde

Réaction peut-être douloureuse, en tous cas effrayante : aboiements, agitation très vive, tentatives de fuite. Au bout de 1 à 2 minutes le chien paraît redevenu normal. On n'a rien observé qui rappelât la crise comitale.

4e expérience (15 minutes après la précédente)

Même chien :

I. — On fait passer 600 milliampères
T. — Temps de passage du courant 1,5/10e de seconde

Crise convulsive typique



Fig. 3. — On voit la large flaque d'urine. Le flou de la patte antérieure droite indique les convulsions de la phase clonique typique.



Fig. 4. — Les mouvements cloniques se ralentissent, le chien exécute, surtout avec ses membres antérieurs en extension, des mouvements rythmés de course ou de natation ; la tête demeure en hyperextension, immobile. Durée de la phase clonique 3 minutes environ. Ensuite phase stertoreuse de 30 secondes avec écume à la gueule.

5e expérience 12-3-41

Chien neuf de 10 kg. :

I. — On fait passer 250 milliampères
T. — Temps de passage du courant 1/10e de seconde

Crise convulsive typique

6e expérience 17-3-41

Chien neuf de 8 kg. :

I. — On fait passer 475 milliampères
T. — Temps de passage du courant 3/10e de seconde

Crise convulsive typique



Fig. 5. — Cinquième minute après le passage du courant : l'animal s'assied. (L'emplacement des électrodes a été rasé).



Fig. 6. — Sixième minute : le chien se dresse sur ses pattes, écartant exagérément les postérieures pour élargir son polygone de sustentation ; après quelques pas mal assurés, il marchera normalement puis ira se eoueher dans un coin, la tête sur ses pattes, sans dormir.

7e expérience 19-3-41

Même chien :

I. — On fait passer 250 milliampères
T. — Temps de passage du courant 9/10e de seconde

Crise convulsive typique

B) Expérience sur le porc

8e expérience 24-3-41

Porc de 85 kg. :

I. — On fait passer 400 milliampères
T. — Temps de passage du courant 2/10e de seconde

Phase tonique (l'animal pousse un cri prolongé) 2/10e de seconde
Phase clonique : : 1'35".
Phase stertoreuse : 1'.
L'animal était debout quatre minutes après le début de sa crise et se comportait normalement.

Nous avons constaté, comme on pouvait s'y attendre, qu'il passe une importante quantité d'électricité d'une électrode à l'autre, à travers les tissus qui les séparent, d'où un chiffre, indiquant la résistance de la tête, inférieur à ce qu'il serait sans ce passage inter-électrodes. L'expérience suivante le prouve :

Mesure de la résistance de la tête sur l'animal vivant : 150 Ohms.

a) Mesure de la résistance de la tête chez un animal identique sacrifié depuis une heure environ : 60 Ohms.

b) Mesure de la résistance sur la même tête après avoir enlevé le pont cutané entre les deux électrodes : 125 Ohms.

Donc, les chiffres de résistance ne possèdent pas de valeur absolue et le procédé que nous employons offre, lui, toute sécurité puisqu'il introduit dans le circuit haute-tension une résistance dont l'importance est fixée par la déviation comparable d'une même aiguille et non d'après un calcul.

Mesures de la résistance de la tête :

1° — sur un homme chauve	R = 2.000 Ohms environ	
après savonnage énergique	R = 450 Ohms	
2° — sur un demi-chauve	R = 2.000 Ohms	
après savonnage	R = 1.000 Ohms	
3° — sur un sujet dont les tempes sont naturellement glabres (sans calvitie) après dégraissage à l'éther	180 Ohms	

Ces différentes mesures montrent dans quelles proportions énormes les produits graisseux de la peau s'opposent au passage du courant.

C) *Expériences sur le lapin*

9e expérience 28-4-41, 13 h. 30

I. — On fait passer 150 milliampères
T. — Temps de passage du courant 2/10e de seconde

Crise typique

10e expérience. Même jour, 17 heures
(devant la Société Médico-psychologique)

Même sujet :

I. — On fait passer	175 milliampères
T. — Temps de passage du courant	2,5/10e de seconde

Crise typique

11e expérience 29-4-41

Même sujet :

I. — On fait passer	175 milliampères
T. — Temps de passage du courant	1/10e de seconde

Crise typique

II. L'électro-choc sur l'homme

René F., 25 ans. Démence précoce déjà traitée par l'insuline et par le cardiazol.

Dégraissage des tempes à l'éther. On fait passer 300 milliampères pendant 1/10e de seconde. Effet immédiat. Cri prolongé. Phase tonique : 3 secondes. Phase clonique : 30 secondes. Phase stertoreuse : 4 minutes. Mydriase. Yeux au plafond. Tachycardie : 144. A la cinquième minute, le malade se dresse et, quelques secondes après, parle. Aucun souvenir de la crise ou même des préparatifs. (Le choc a eu lieu à 16 h. 10, le déjeuner ayant pris fin à midi). On note quelques nausées légères s'espaçant de plus en plus mais durant encore à la 20e minute. Après 35 minutes : pouls, 100.

Les résultats de nos expériences peuvent donc être schématisées comme suit :

1° avec les intensités et le temps employés, aucune action novice n'a été observée chez l'animal qui a continué à manger, boire, dormir, en un mot se comporter comme avant l'expérience ;

2° une dose insuffisante a semblé désagréable pour le patient (exp. n° 3), mais on ne peut rien conclure d'une expérience unique ;

3° la dose convulsivante limite une fois déterminée, on a pu doubler l'intensité (exp. 1 et 2 et exp. 2 et 4), ou même la quadrupler (exp. 1 et 4) et tripler le temps (exp. 6), sans aggraver les phénomènes constatés ni allonger leur durée. Même observation pour les cas 2 et 7 où, dans des conditions d'expérimentation non identiques mais voisines, on a pu presque décupler le temps de passage du courant.

Conclusions. — Ces essais, tant sur les animaux que sur l'homme, ont montré la facilité avec laquelle est provoquée, au moyen de l'électricité, une crise convulsive typique. Les effets, semblables à ceux du cardiazol, paraissent aussi inoffensifs. Ils n'ont donné lieu, dans toutes nos expériences, à aucun phénomène inquiétant. La crise a été obtenue d'emblée avec les intensités et le temps conseillés par les auteurs compétents.

Notre expérimentation confirme donc, en tous points, les affirmations des auteurs étrangers. Elle prouve que notre appareil peut être comparé aux leurs étant à la fois efficace et inoffensif.

M. Heuyer. — Au congrès de criminologie de Rome en 1938, M. Porc'her et moi-même, nous avons pu assister aux expériences de M. Cerletti. Rien à ma connaissance n'avait été fait en France, à l'exception des recherches de Leduc à Nantes. En août 1939, j'ai revu M. Cerletti à Copenhague. Il avait continué ses travaux et signalait des résultats encourageants. Privé des moyens d'exécution j'avais écrit au Dr Forel qui me confirmait les résultats de Cerletti. Il avait l'impression que l'électrochoc constituait une méthode supérieure à l'insuline et au cardiazol dans le traitement de la démence précoce. Il faut rendre hommage à l'ingéniosité et à la persévérance de MM. Rondepierre et Lapipe qui vont nous permettre d'appliquer un traitement dont la valeur est aujourd'hui démontrée. N'oublions pas également de signaler les efforts de M. Bour qui s'est rendu en Angleterre en mai 1940 afin de se documenter. La maison Siemens va probablement réaliser sous peu l'appareillage indispensable.

M. Bour. — A Londres j'ai vu les cas traités par l'électrochoc. On ne soignait pas exclusivement les déments précoces. Sur 10 malades il y en avait 6 ; 2 autres étaient des mélancoliques, les 2 derniers, des maniaques. Les auteurs anglais appliquent la méthode à tous les cas difficiles, des états démentiels aux troubles graves du caractère.

M. Claude. — J'ai demandé à M. Lehmann, aidé d'un constructeur, de faire des essais à la Clinique en 1939. Nous avons expérimenté sur l'animal. Nous avons obtenu du sommeil et des cas de mort, mais pas d'épilepsie. De sorte que nous avons dû renoncer à l'application de l'électrochoc chez l'homme.

M. Gouriou. — Les expériences de Stéphane Leduc à Nantes ont été souvent mortelles pour les animaux soumis au courant.

Il est possible que le traitement mis au point s'effectue sans provoquer d'anxiété, mais il n'est pas exact de dire que cette considération constitue un avantage sur la cardiazolthérapie. La crise anxieuse à la deuxième injection de cardiazol n'est pas inévitable. La prévention contre cette médication a privé la thérapeutique d'un agent intéressant, notamment chez les anciennes mélancoliques dont on pourrait réduire la période d'internement.

M. Lapipe. — L'électrochoc tel que nous le pratiquons ne présente aucun des dangers de la technique de Leduc. Le courant de Leduc est un courant rectangulaire, de 100 périodes par seconde. Courant rectangulaire, c'est-à-dire courant dont l'intensité est établie d'emblée et la rupture également. Le courant sinusoïdal utilisé dans l'électrochoc est un courant arrondi. Lors des applications de Leduc les durées de passage étaient de plusieurs minutes et même de plus d'une demi-heure. Les courants sinusoïdaux employés pour l'électrochoc ne sont appliqués que pendant quelques dixièmes de seconde. Les deux courants ont donc une forme, une intensité, et une durée d'application différentes ; ils ne peuvent être comparés.

M. Guiraud. — L'anxiété dans le traitement cardiazolique me paraît avoir été grandement exagérée. Je n'en ai guère vu au cours de nombreux traitements dans mon service. Les malades inquiets sont les mêmes qui feraient une crise d'anxiété pour une injection intraveineuse quelconque.

M. Heuyer. — La crise d'anxiété est un obstacle indéniable au traitement cardiazolique. Je fais précéder l'injection d'une autre d'insuline afin d'amener une certaine torpeur. Ces traitements doivent être réservés aux cas graves, aux syndromes de démence précoce et non pas aux états qui guérissent tout seuls.

M. Minkowski. — On ne peut nier l'importance de l'anxiété dans le traitement au cardiazol. Elle s'explique par la forme impressionnante de la réaction qui agit sur le médecin lui-même.

M. Ach. Delmas. — C'est surtout une question de technique. Il faut placer le malade dans les meilleures conditions de réussite. C'est l'injection manquée qui provoque l'anxiété quand elle est mal faite ou que la dose est insuffisante et que la crise n'est pas déclenchée.

Des moyens propres à sauvegarder l'existence de nos malades chroniques en période de carence alimentaire, par M. Frantz Adam, de « La Chartreuse » à Dijon.

Je m'excuse, Messieurs, d'abaisser le niveau de vos savantes et toujours si intéressantes discussions en venant vous entretenir de questions qui, en des temps normaux, paraîtraient d'intérêt bien secondaire puisqu'il va tout simplement s'agir de l'alitement et du régime alimentaire de nos malades. Mais nous vivons une époque difficile, cruelle même, où le faible risque d'être sacrifié ; or pour nous Français qui, quelles que soient nos préférences philosophiques, nos croyances métaphysiques, nos origines raciales elles-mêmes, demeurons pétris de culture gréco-latine et profondément empreints d'humanisme chrétien : pour nous dont la conscience n'est pas et ne saurait être asservie, le principe de la conservation de l'être humain quand bien même la mort constituerait, pour lui, une délivrance et pour la société un allègement de charges, est un impératif qui demeure intangible. Et il est si vrai que ce sentiment demeure intact chez nous que quantité de renseignements qui arrivent de différents côtés se font l'écho des inquiétudes, je dirai même des écœurements de collègues qui voient chaque jour réduire le bien-être, et plus particulièrement la ration alimentaire de leurs malades, mais croître par contre le nombre des décès dans leur service.

Or j'ai l'impression, et je dirai même la conviction, que la situation pénible, certes, qui, du fait de restrictions diverses inéluctables, est posée à nos malades, peut être améliorée, pour le moment du moins, par des moyens qui sont à la portée de tous ; et c'est cette conviction que je voudrais vous amener à partager.

Ce n'est pas un des moindres étonnements de quiconque parcourt un travail sur la clinothérapie en psychiatrie, de constater que ce mode de traitement des aliénés ne remonte qu'au début du siècle actuel et que, dans l'esprit de ceux qui le préconisaient alors (Magnan et son élève Pochon, Neisser, Morel et Korsakoff au Congrès de 1900 à Paris, Sérieux dans son rapport au Conseil général de la Seine, Kraepelin, etc...), il ne devait être appliqué qu'aux cas de psychoses aiguës. Et il faut en venir aux travaux de Raynier et Beaudouin (*L'aliéné et les Asiles d'aliénés,* 1919), et de Steck, de Céry-s.-Lausanne, pour entendre affirmer que l'alitement des aliénés chroniques et des infirmes psychiques change

la physionomie des asiles. Nous-même, après avoir, dans un service parfaitement organisé, et dont nous nous trouvons pour un temps écarté, appliqué pendant plusieurs années la clinothérapie aux chroniques, et largement usé de la balnéothérapie continue, n'hésitons pas à affirmer (dans *l'Aliéniste français*, 1928) : *L'alitement des aliénés chroniques*) que le premier de ces deux modes de traitement était celui donnant, et de beaucoup, les meilleurs résultats ; et qu'il devrait être imposé à tous les malades (chroniques), incapables de profiter de la thérapeutique par le travail préconisée à Genève (1926), par Ladame et Demay.

Puisque c'est du point de vue plus spécial de la « conservation de nos effectifs » d'asiles que je me place aujourd'hui, je dirai que c'est tout particulièrement la morbidité physique de nos hospitalisés qui se trouve réduite du fait de leur alitement. Les malades ainsi soustraits à quantité de causes de refroidissement, à quantité de contaminations (par l'eau absorbée sans contrôle, notamment), on voit bien plus rarement apparaître ces affections pulmonaires, ces petites épidémies de diarrhée, qui nous enlèvent chaque année tant de chroniques jeunes et vieux. De plus, en la dure période de réduction de combustible que nous venons de traverser, et que nous aurons encore à subir pendant un ou plusieurs hivers, l'alité, même sous de méchantes couvertures, adoptant instinctivement la position en chien de fusil, lutte contre la déperdition de chaleur et en outre (je vous le démontrerai dans un instant, chiffres de calories en mains), contre les inconvénients de la sous-alimentation, et par conséquent contre la cachexie qui nous enlève, elle aussi, beaucoup de malades.

Comment donc appliquer de la façon la plus avantageuse cette clinothérapie, qui n'exclut nullement du reste des levers de quelques heures par quelque après-midi ensoleillé en hiver ; des séjours plus réguliers dans les cours, entre le repas du midi et celui du soir par exemple, si le temps est beau, en été.

Il faudra évidemment s'appliquer à grouper les malades que l'on aura décidé de maintenir au lit, dans les salles, qui servaient jusqu'alors de dortoirs ; si la chose est possible on choisira pour aliter les plus faibles, un rez-de-chaussée, ce qui permettra parfois par un beau soleil de sortir le malade en son lit sous une véranda ou même, en la belle saison, sous les arbres de la cour. Pour tous les occupants de ces salles d'alitement à peu près continu, il n'y aura évidemment plus de réveils et de levers à heures fixes et parfois en pleine obscurité, quand nous sont imposées les heures dites d'été de l'Europe centrale. Je n'hésite pas à affirmer que l'on devrait d'autant plus avoir recours à ce

mode de traitement que l'on ne dispose que d'un personnel insuffisant en nombre et en qualité ; car il est particulièremnet facile de surveiller des alités, de s'assurer qu'ils s'alimentent bien, de leur faire prendre des soins de propreté, d'éviter, en les dirigeant régulièrement sur les W.-C., qu'ils ne « gâtent » leur literie. Cette méthode de traitement n'implique aucune dépense spéciale mais entraîne au contraire des économies : moindre usure des vêtements de drap si difficiles à tenir propres, moindre consommation de combustible. Les services de l'économat apprécient très rapidement les avantages de cette manière de faire et les familles, elles aussi, admettent très vite que leurs malades en tirent bénéfice. Pour ce qui est des principaux intéressés à la question, les alités, il est exceptionnel qu'il s'en trouve pour protester contre ce mode de traitement.

Je voudrais encore, mais avec quelque prudence (car je ne suis pas en possession de statistiques me permettant de tirer des conclusions formelles de ce que je vais avancer), vous fournir en faveur de la clinothérapie l'argument suivant. J'entends dire que depuis quelques mois la mortalité est plus grande que précédemment dans nos asiles. Or, dans mon service de « La Chartreuse », au cours du premier trimestre de l'année actuelle, qui se trouve être tout à la fois le premier qui nous valut des restrictions sérieuses et le premier au cours duquel je soumis systématiquement la plupart de mes malades chroniques au régime de la clinothérapie, la mortalité n'a pas dépassé celle des premiers trimestres des années antérieures, et a même été légèrement moindre, compte tenu de la différence des effectifs, qu'aux cours des premiers trimestres 1940, 1939, 1938 et 1937.

Je voudrais, Messieurs, vous dire encore quelques mots au sujet de l'alimentation des malades ainsi maintenus au lit, en tout cas au repos quasi absolu, pendant toute l'année.

Un important chapitre du *Cours d'hygiène et de prophylaxie* du Val de Grâce, volumineux ouvrage publié chez Maloine en 1937, et n'ayant par conséquent pas été écrit pour les besoins de la cause, mais qui déjà prévoit les conséquences d'un blocus, est consacré à l'hygiène de l'alimentation dans l'Armée. Et nous y apprenons que le militaire astreint au repos au lit n'a plus besoin que de 2.000 à 2.160 calories, tandis que 2.600 sont nécessaires à l'homme ayant à effectuer un travail léger, et 3.700 et même 4.500 à ceux effectuant des travaux pénibles ou très pénibles. Pour un sujet de 65 kg. totalement inactif, maintenu en équilibre thermique, le nombre des calories nécessaires tomberait même à 1.600. Or, la carte d'alimentation assure... ou

permet d'escompter l'attribution à chacun de nos malades de onze à treize cents calories quotidiennes ; ce ne serait donc guère que cinq cents calories qui seraient à rechercher, pour les alités du moins, dans la consommation des légumes verts, des fruits ou autres aliments non contingentés.

Ces aliments, contingentés ou non, sous quelle forme les ferons-nous consommer par nos malades ? Je n'hésite pas à affirmer que ce devrait être, le plus possible, sous forme de plat unique et en l'espèce de soupe. Le plat unique présente l'immense avantage de favoriser l'économie de combustible et aussi de matières grasses, ou autres, nécessaires à la préparation des mets.

Mais la présentation des aliments sous forme de soupe comporte d'autres avantages, et tout d'abord celui d'éviter maints gaspillages à commencer par celui du pain. Actuellement encore il n'est point rare (je rappelle que j'envisage le cas de chroniques plus ou moins passifs, déments...), si le pain est distribué en portions de poids relativement égaux, d'en retrouver des morceaux desséchés et peu propres, traînant sous les édredons et traversins ou dans les tiroirs des tables de nuit. Il n'est pas rare non plus de voir des malades plus actifs, des travailleurs auxiliaires par exemple, chercher à s'approprier la ration d'un sujet incapable de se plaindre. Un collègue, étranger à l'établissement où j'assure actuellement un service, me faisait récemment remarquer qu'il est tout de même troublant de constater que ce sont bien souvent les malades confinés au lit, et les plus passifs d'entre eux, qui pâtissent le plus des restrictions, alors qu'ils sont tout justement ceux qui dépensent le moins d'énergie ; et il suppose que ce pourrait bien être parce que ces malades là sont plus facilement frustrés de leur part de nourriture ; la distribution des aliments, et en particulier du pain, sous forme de soupe, évite ces inconvénients. Elle permet encore, à condition que l'on dispose d'un personnel consciencieux, de faire une répartition plus judicieuse de la nourriture. Ce sont encore nos confrères de l'Armée qui, dans l'ouvrage auquel j'ai déjà fait quelques emprunts, font remarquer que « si l'on répartit également entre les individus les aliments calculés sur la base d'une ration moyenne, les sujets qui ont moins d'appétit, ou des besoins plus faibles, ne consommeront qu'une partie de la ration et que le reste ira aux eaux grasses ». Si, pour nos malades affaiblis, cachectisés, le pain est mis dans la soupe, et la soupe répartie judicieusement, de tels faits ne se produiraient pas et, du moins, ne verra-t-on plus des sujets plus valides se disputer des

morceaux de pain ou autres reliefs demeurés, plus ou moins souillés, dans les assiettes.

M'objectera-t-on que servir indéfiniment de la soupe aux malades, c'est enlever à leur alimentation le charme appréciable de la variété ? Je répondrai qu'autrefois nos paysans, nos soldats, prenaient presque tous leurs aliments sous cette forme (usage qui nous a valu les expressions *manger la soupe, aller à la soupe,* synonymes de prendre son repas), et ne s'en portaient pas plus mal ; et qu'il est particulièrement facile, en y faisant figurer tantôt des pâtes, tantôt des légumes verts ou secs, où en y ajoutant des jus de viandes, d'apporter beaucoup de variété à la confection de la soupe. Et il n'est pas jusqu'aux rutabagas, de si fâcheuse réputation, qui, introduits dans une soupe, où quelques pommes de terre auront été écrasées, et à laquelle on aura ajouté quelques poireaux, un peu de lait, ne puissent être consommés sinon avec plaisir du moins en passant presque inaperçus. J'ai parlé de jus de viande ajouté à la soupe ; c'est que j'estime que, lorsqu'il s'agit de malades affaiblis, à l'appétit inégal, il y aurait intérêt à ne pas leur servir en morceaux quelquefois un peu durs, pour les édentés par exemple (et n'a-t-on pas vu des paralytiques généraux mourir étouffés en absorbant une bouchée mal mâchée), la portion de viande à laquelle en principe ils ont droit. Après avoir été cuite, et avoir fourni soit du bouillon, soit de la sauce qui permettrait de rendre plus appétissante la soupe ou les légumes, si on tient absolument à servir ceux-ci à part, la viande serait présentée hachée, mélangée ou non à des pommes de terre en purée, à d'autres légumes, ou à la soupe.

Mais je m'excuse, Messieurs, de retenir si longtemps votre attention pour vous dire, en somme : « Couchez donc vos pensionnaires et servez-leur de la bonne soupe ! » Je me garderai d'ajouter qu'il est d'autres personnes que nos malades qui pourraient profiter de ce régime, et attendre, entretenant leur activité cérébrale en lisant de vieux auteurs, ou en cultivant leur jardin si elles sont encore ingambes, le retour des jours heureux, car :

« D'autres heures viendront plus belles et meilleures,
« Le soleil brillera sur le dernier combat... »

et il importe de *tenir,* au besoin en ne mangeant que de la soupe, afin de voir se réaliser les espoirs que nous mettons tous en ce dernier combat.

Manifestations épisodiques déclenchées par les évènements de juin 1940 : meurtre d'une démente précoce par son père au cours d'un paroxysme panique, par M. M. Caron.

Le cas que nous vous présentons s'apparente par bien des points à celui que M. Daumézon rapportera ensuite : il s'agit de réactions ayant eu les mêmes conditions de déclenchement, la même gravité meurtrière. Dans les deux cas, il s'agit d'une famille lourdement tarée : l'auteur est, dans un cas, le père, dans l'autre, la mère d'un aliéné.

Par ailleurs, des différences notables sont à relever : au contraire de la malade de M. Daumézon, l'auteur de l'acte que nous allons rapporter s'était toujours fait remarquer par un niveau éthique élevé. Et surtout, tandis que dans le cas de M. Daumézon, la réaction s'intègre dans un épisode dépressif délirant avec amnésie consécutive, dans le nôtre il s'agit d'un acte qui ne relève pas d'un ensemble psychopathique durable, et qui fut conscient et mnésique.

N. Alphonse, âgé de 74 ans, ancien ingénieur T.P. aux Ponts et Chaussées, vivait à Nan., petite localité de l'Oise, avec sa fille unique, qui, âgée de 44 ans, était aliénée depuis l'adolescence. Cette dernière avait été internée autrefois durant 3 mois ; ses parents s'étant affectés de l'ambiance dans laquelle elle se trouvait à l'Asile l'avaient retirée et gardée avec eux. La femme de N., avant de mourir en 1922, lui fit promettre de ne jamais se séparer de sa fille. Il s'agissait d'une grande aliénée qui ne parlait pas, ne paraissait rien comprendre, faisait ses besoins par terre, barbouillait, etc... N. avait aménagé spécialement la chambre dans laquelle se tenait sa fille : une grille séparait la malade de la partie où étaient le poêle et la fenêtre ; le lit avait un sommier à lames métalliques, que la malade déplaçait fréquemment ; pour les réparer, N. gardait à portée de la main un marteau.

Le 9 juin 1940, le maire de Nan. engagea les habitants à évacuer la localité. Dans la soirée, un premier bombardement tua une trentaine de personnes. Dans les jours suivants, les bombardements devinrent de plus en plus violents et la ville fut complètement désertée. N. cependant était resté chez lui avec sa fille, qu'il était impossible de faire partir de gré ou de force ; lorsqu'on la contrariait, dit-il, elle se cramponnait au lit et il n'y avait pas moyen de lui faire lâcher prise. Le boulanger avait été tué, les autres fournisseurs étaient partis ; dans la journée du 10, N. n'avait mangé que quelques restes. Dans la matinée du 11, il se rend dans la chambre de sa fille. Il la trouve accroupie sur les genoux et sur les coudes, dans une position qui lui

était familière. Elle avait une fois de plus déplacé et coincé les lames de son sommier. N. prend le marteau pour les remettre en place. Mais il en assène plusieurs coups violents sur le crâne de la malade. Le sang gicle du nez, puis dans un sursaut, elle s'adosse au mur et se met à râler. « Je l'ai regardée un petit moment, dit N., puis elle s'est éteinte. » Il l'embrasse, quitte la maison en emportant son argent et un petit sac, passe par le cimetière embrasser la tombe de sa femme, puis gagne à pied un village voisin. Recueilli par un camion militaire, il échoua quelques jours plus tard à Gien. Là, après avoir passé plusieurs jours sans nourriture, alité dans une maison abandonnée, il fut finalement transporté à l'Hôpital dans un état d'inanition et de faiblesse dont il se remit rapidement. Il se dénonça spontanément à la gendarmerie deux mois plus tard.

Renseignements recueillis. — La mère de N. a été internée à l'Asile de P. en 1902 et y est morte en 1915. Le certificat d'entrée (qui nous a été seul communiqué) mentionne : « ...elle refuse de manger, d'aller à la selle ; elle se livre à des actes de masturbation répétés, brise la vaisselle ; elle a eu des idées de suicide, puis des idées de meurtre contre son mari qu'elle a frappé, de même qu'elle s'est déjà blessée elle-même... »

N. a fait toute sa carrière dans les Ponts et Chaussées où, entré comme auxiliaire, il est devenu conducteur, puis ingénieur T.P. Il s'est fixé de bonne heure à Nan., estimant que l'air y serait plus salutaire pour sa fille que celui de la grande ville. Les époux N. ont consacré leur vie à soigner leur malade. Les témoignages recueillis établissent que N. jouissait de l'estime unanime de ses concitoyens. Tous sont également élogieux sur son compte et décrivent en termes admiratifs le dévouement dont il faisait preuve vis-à-vis de sa fille. Par ailleurs, l'état mental de N. n'avait donné lieu à aucune remarque jusqu'à ces dernières années. Depuis plusieurs années cependant, depuis la guerre surtout, il avait paru fléchir. N. se montrait déprimé ; « il était hanté, dit un témoin, par l'idée de l'évacuation. »

Examen. — N. est un vieillard, de taille élevée, encore relativement alerte. Sa présentation, son attitude sont tout à fait correctes. Son comportement au cours de l'examen, ses réponses, ses propos spontanés, excluent l'hypothèse d'un affaiblissement psychique prononcé ; ses explications sont claires, ses réflexions pertinentes ; d'autre part, l'examen systématique montre un jugement intact, une bonne capacité d'analyse. Sa mémoire est, dans l'ensemble, assez bonne. Cependant apparaît, à l'occasion, une certaine difficulté à trouver les mots, voire même un léger bredouillage. Il se rend compte de la baisse de sa mémoire : parfois, la nuit, il recherche les noms qui lui ont été familiers. Le calcul mental est laborieux, ce qui est particulièrement significatif chez un ancien ingénieur.

N. ne présente par ailleurs aucun indice de délire ni de trouble thymique, ni d'une façon générale, aucun élément psychopathique décelable.

En ce qui concerne le meurtre de sa fille, il s'exprime avec une simplicité de ton qui nous paraît une garantie de bonne foi, mais qu'on peut trouver un peu froide. Il ne voulait pas que sa fille tombât aux mains des Allemands, il avait peur d'eux pour lui-même. Et aussitôt le crime accompli, il a quitté le pays. Cependant il assure qu'il n'a pas tué l'aliénée pour se libérer et fuir : « Je n'ai pensé à rien, ça a été un acte de folie, je n'ai pas eu un moment de réflexion. »

L'examen physique montre une légère trémulation de la langue, des réflexes rotuliens un peu vifs, un début de cercle péricornéen bilatéral, un léger voile des cornées, une tension artérielle élevée : 20 1/2-11 ; cette hypertension a été fortuitement révélée à N., il y a 4 ans ; la Maxima a atteint 22.

L'acte auquel s'est livré N. ne comporte pas en soi un caractère nécessairement pathologique. Il n'est pas impossible de lui assigner des mobiles qui relèvent de la psychologie normale. N. a partagé la panique qui a jeté sur les routes la population de sa petite ville, panique accrue chez lui par la sévérité des bombardements auxquels il a assisté (dans sa maison les vitres et les objets tombaient les uns après les autres) et l'horreur de la situation particulière qui l'isolait avec sa fille aliénée dans une cité désertée et croulante. A la peur du danger réel s'ajoutaient des craintes entretenues pas toute une psychologie collective : N. « ne voulait à aucun prix » que sa fille tombât aux mains des envahisseurs ; il avait lui-même peur des Allemands ; cependant, l'état de la malade ne permettait pas la fuite ; en supprimant sa fille, il éludait le problème de sa protection contre des périls, réels ou imaginaires, contre lesquels il se sentait impuissant ; libéré lui-même, il pouvait fuir. Certes il assure n'avoir pas envisagé ces idées au moment de l'acte. D'après ses dires, le meurtre a été tout à fait irraisonné, c'est une impulsion sans débat, « un acte de folie ». Cependant, même s'ils n'ont pas fait l'objet d'une délibération pleinement consciente, les mobiles de son acte nous apparaissent comme compréhensibles. Si même ils n'ont jamais été formulés d'une façon pleinement consciente, on ne peut manquer de penser qu'ils avaient des racines profondes dans un conflit dont les termes étaient anciens. Si nous examinons maintenant les conditions de la réalisation de cet acte, c'est toute la question de « l'acte volontaire » que nous aurons à considérer. Nous acceptons volontiers de croire que les trois premières étapes assignées à l'acte volontaire par la psychologie classique, évocation des motifs, délibération, décision, ont dû être ici escamotées et que l'exécution s'est faite presque d'emblée, sous la poussée des éléments instinctivo-affectifs de l'état panique.

S'il y a eu motivation et ébauche de délibération, c'est dans les limites d'un champ de conscience rétréci par une sorte de sidération émotive. M. Daumézon emploiera tout à l'heure le mot de scotomisation. Ici également, et quoiqu'il n'y ait pas eu amnésie, on peut parler de scotomisation, en entendant par là une inhibition, d'origine émotive, limitant étroitement les possibilités de représentation et d'appréciation des éléments du débat. Cette inhibition a dû d'ailleurs porter sur une période allant au-delà du moment même de l'acte, pour que N. ait pu laisser là sa fille et s'enfuir sans plus s'occuper d'elle. Dans un cas comme le nôtre, la rigueur logique de la schématisation classique en quatre étapes ne répond guère aux faits, ce que Blondel n'aurait pas manqué de souligner. Le même auteur faisait remarquer (1) qu'on a tendance à reconnaître ou non les actes pour volontaires, après coup, selon leur opportunité (il évoquait les « ratés de la raison »). C'est ainsi que, dans le cas de N., les témoins de sa vie déclarent que le meurtrier n'a pu commettre son acte que « dans un moment d'égarement ». Ce meurtre, sauvagement exécuté, nous apparaît, c'est là son caractère essentiel, comme une réaction en rupture totale avec la personnalité habituelle de son auteur, dont on nous décrit unanimement la vie exemplaire, et, en particulier, le dévouement extraordinaire envers sa fille. Et cependant, on peut y retrouver, paradoxalement, l'effet de la contrainte des impératifs collectifs. On peut dire, en effet, que, faute d'un mode mieux adapté de libération vis-à-vis de cette contrainte morale, c'est pour ne pas manquer à la parole donnée à sa femme de ne jamais abandonner sa fille, que N. a tué celle-ci. Dans sa fuite, il passera par le cimetière embrasser la tombe de sa femme.

Nous avons suffisamment insisté sur les conditions d'ordre psychologique général, dans lesquelles s'est déroulé le drame. Il reste à examiner les conditions individuelles, d'ordre biologique, éventuellement d'ordre psychiatrique, qui ont pu jouer un rôle dans son déclenchement. Nous avons d'abord à noter des antécédents héréditaires importants : la mère de N. a été internée pendant plus de 13 ans, sa fille était atteinte d'une forme particulièrement grave de démence précoce (nous ne croyons pas utile de discuter d'un diagnostic rétrospectif qui nous paraît évident). Quoique nous ignorions ce que la fille a pu devoir à des antécédents maternels qui nous sont inconnus, nous avons tout lieu de penser que N. représente le chaînon intermédiaire

(1) Nouveau traité de Psychologie de G. Dumas : *Les volitions*, p. 317 à 395.

d'une lignée dégénérative. Il est à remarquer que la mère s'est précisément signalée par des tendances agressives contre elle-même et contre son mari, qu'elle a frappé. Une autre donnée importante est la notion d'un début de sénilité aggravé par une hypertension artérielle et appréciable seulement, au point de vue psychiatrique, par de légers troubles de l'évocation mnésique, par la difficulté du calcul mental. Le déficit intellectuel se révèle peu important, mais, en ce qui concerne les facultés supérieures qui concourent au contrôle de soi, l'examen « à froid » ne rend compte qu'imparfaitement des possibilités d'un sujet en face des péripéties de la vie sociale, *à fortiori* de la résistance psychique susceptible d'être opposée à des conditions aussi traumatisantes que celles qu'a vécues N.

Quel a été l'état de N. au moment des faits ? Il est difficile de l'établir avec précision. Facilement écartées les hypothèses d'un accès confusionnel ou d'un état second, on peut se demander s'il ne s'est pas agi d'un accès mélancolique. Les témoignages recueillis établissent en effet que N. se montrait déprimé depuis un certain temps déjà. Mais dans la brève description rétrospective que N. nous fait de son état mental, on ne retrouve pas les thèmes mélancoliques. Par ailleurs, un accès mélancolique aurait probablement duré un temps suffisant pour être apparent encore lors de l'arrivée de N. à Gien. Ce qui a frappé surtout les témoins, c'est une certaine polarisation des préoccupations, une tendance au leit-motiv pessimiste, que les événements n'ont d'ailleurs que trop justifiée. Nous rapporterons ces éléments dépressifs aux conditions que nous avons soulignées plus haut : début de sénilité, hypertension. S'ils ont un caractère déficitaire, en tant que modes de réactions d'un psychisme en état d'infériorité, nous ne les considérons pas comme constituant par eux-mêmes une forme de psychopathie caractérisée.

En présence de l'ensemble de ces données, quelle devait être notre conclusion médico-légale ? Aucun élément constatable lors de l'examen ne permet de rapporter à une forme déterminée d'aliénation mentale l'état que N. pouvait présenter au moment du crime. Son acte est psychologiquement compréhensible sans qu'il soit besoin de faire appel à des explications du domaine psychiatrique. Cependant, du fait des éléments psycho-organiques défavorables, acquis et peut-être héréditaires, que nous avons relevés, N. s'est vraisemblablement trouvé en état d'infériorité psychique devant les conditions exceptionnelles qui ont entouré l'acte. Aussi, sans affirmer que N. était en état de démence au sens de l'article 64 du Code Pénal, nous avons

considéré qu'il s'était trouvé, au moment de l'acte, « dans un état d'infériorité psychique voisin de la démence (au sens de l'article 64), comportant une très grande atténuation de sa responsabilité ».

Nous ignorons encore quelle a été la décision judiciaire. Nous ne nous dissimulons pas, par ailleurs, les critiques auxquelles notre conclusion pourra donner lieu. Les uns nous reprocheront de ne pas avoir conclu fermement à la démence, d'autres sans doute voudront donner à l'acte de N. une interprétation presque purement psychologique. C'est en partie en raison des difficultés d'interprétation qu'il présentait que nous avons voulu vous soumettre ce cas qui pose une fois de plus le problème des limites du psychologique et du psychopathologique. Par ailleurs, mise en parallèle avec celle que M. Daumezon va vous présenter, notre observation nous a paru constituer un document intéressant à verser au dossier des réactions aux événements de guerre. Les conclusions d'ensemble seront exposées par M. Daumézon.

Manifestations épisodiques déclenchées par les évènements de Juin 1940 : réactions meurtrières amnésiques chez une débile hyperémotive, par MM. G. Daumézon et L. Cassan.

L'un de nous a été commis fin octobre dernier, en vue d'examiner après inculpation d'homicide et de tentative d'homicide, Mme R. Renée, 49 ans, sans profession, qui, sur un non lieu, fut placée dans le service.

Observation. — Mme R. en effet le 17 juin dernier, au cours de l'exode, trancha la gorge de sa sœur, de son fils, de sa nièce et tenta de se suicider.

Femme d'un artisan parisien, Mme R. avait quitté Paris le 12 juin en automobile, dans une vieille voiture où s'entassaient outre l'inculpée, son mari et leur fils, âgé de 19 ans et imbécile, la sœur jumelle de Mme R., son mari, sa fille et d'innombrables bagages. Les deux ménages partirent vers l'Ouest, mais rebroussèrent chemin de Rambouillet vers Etampes, puis Pithiviers, Sully et Gien. La voiture étant comble, l'inculpée fit une partie du trajet sur le marchepied, le reste à pied dans la colonne des voitures. Les réfugiés étaient à Etampes lors du bombardement de cette ville, ils arrivèrent à Sully pour voir sauter le pont devant eux. Le drame qui nous occupe se déroula à quelques kilomètres de Gien en flammes. Les deux ménages n'avaient pour provisions que les rares victuailles emportées de Paris, ils ne dormaient pas.

Durant les deux jours qui précédèrent le meurtre, Mme R. fut à deux reprises séparée du groupe, une fois elle dut, pour rejoindre les siens, traverser un espace où quelques voitures flambaient. C'est vers cette époque qu'elle répéta que les Allemands allaient arriver, imbiber les vêtements d'essence et faire brûler vifs tous les réfugiés. Pour échapper à ce sort horrible elle tenta de s'étrangler en avalant un mouchoir. Dans un moment d'accalmie, elle engagea sa sœur, sa nièce et son fils à faire la sieste, leur prépara un lit de fougère et pendant leur sommeil, s'étant emparé du rasoir de son mari, leur trancha la gorge et à son tour essaya de s'égorger. Seule la nièce mourut et dut être inhumée sur le bord de la route par la famille. Mme R. partit dans les bois, tenta de se noyer dans un étang, finalement ensanglantée par les larges blessures qu'elle portait au cou, elle fut recueillie et amenée à l'hôpital de Montargis.

Soignée, interrogée, elle ne se souvient de rien. Successivement le Commissaire de Police, puis le Juge d'Instruction la mettent au courant de ses réactions. Cependant, lorsque l'expert l'interroge à son tour, elle dit : « il est venu deux Messieurs, ils m'ont dit des choses épouvantables très « vilaines » (*sic*) mais je ne sais pas lesquelles. » Et pourtant l'inculpée est calme, docile, elle conserve un souvenir parfait de sa vie, sauf une courte lacune qui s'étend du 15 au 19 juin.

Bénéficiant d'un non-lieu, elle est placée ; pour l'observer de plus près, nous la prenons au service personnel de l'un de nous. Elle se montre affable, familière, pleine d'aisance, souvent même indiscrète, d'humeur enjouée ; elle n'a jamais semblé très touchée par ses graves réactions, mais dès qu'on les évoque devant elle, elle manifeste bruyamment son regret.

Nous avons cherché à explorer la profondeur de son amnésie, pour cela nous l'avons soumise à une éthérisation et à l'hypnose scopochloralosique. Nous avons assisté dans le premier cas à une explosion théâtrale, déclamations grandiloquentes et décousues d'admiration pour le père. Le réveil se déroula comme dans les meilleurs mélodrames. Mais tous les essais de remémoration du drame furent sans succès. Il en fut de même après administration de scopochloralose.

Pour mieux poser le problème, il convient de préciser quelques points encore :

D'abord les lourds antécédents familiaux : mère morte en donnant le jour à la malade et à sa sœur jumelle, une sœur aînée a été à diverses reprises soignée en maison de santé, un frère dément épileptique. Le seul enfant de Mme R. est un imbécile. Il n'existe cependant aucun signe sérologique de syphilis mais quelques présomptions d'alcoolisme chez le père de la malade.

Le terrain mental est caractérisé par un certain degré de débilité : sous un vernis très superficiel, le niveau médiocre éclate dans le vocabulaire souvent puéril, les jugements hâtifs, les gaffes constantes. Un examen systématique l'objective, les tests d'attention et plus encore ceux de jugement sont spécialement mal réussis.

Notons encore l'émotivité au sens de Dupré, vivacité des réflexes, susceptibilité des réactions vaso-motrices, vives réactions à l'ébranlement : bruits insolites, larme facile, déséquilibre probablement aggravé par la ménopause actuelle. Du point de vue caractériel, les renseignements donnés par l'enquête sont assez défavorables, le mari accuse sa femme de l'avoir abondamment trompé, s'il faut en croire celle-ci, elle peut lui retourner le même grief ; l'entourage présente Mme R. comme « bon cœur, mais brouillon, fantasque et exubérante » ; certains prononcent le mot d'hystérique, dans le sens populaire qu'a pris ce terme. Ce qui est certain, c'est l'égocentrisme profond, l'infantilisme, la démonstrativité des réactions quotidiennes.

Ces éléments correspondent d'ailleurs fort bien au milieu social dans lequel l'inculpée a vécu, tout petits bourgeois, près de leurs sous, prétentieux et douillets.

Nous n'insisterons pas sur le problème nosographique posé par ce cas, nous croyons inutile de disputer longtemps pour savoir si on le qualifiera « bouffée délirante des dégénérés » — mélancolie réactive — épisode hystérique, épisode commotionnel chez une débile », mettons plutôt en lumière les facteurs étiologiques : d'une part l'épuisement, la fatigue, l'insomnie, la faim ; d'autre part, les émotions vives, bombardements successifs, spectacles navrants, crainte d'être séparée des siens. Tous ces éléments survenant après une longue période de tension et de subanxiété.

Nous sommes en présence d'un cas pur de ces réactions psychopathiques aux événements sociaux, qui ont fait l'objet des préoccupations d'auteurs récents. Il semble nécessaire dans cette masse de publications, de faire une distinction entre trois catégories de faits :

1° Toute une gamme de *formes psychiatriques banales,* observées à l'occasion de traumatismes sociaux, l'événement servant seulement de révélateur à un trouble qui se cristallise dans la forme toute préparée.

2° Une série de désordres peuvent être considérés comme la *réaction* d'un individu *à des situations* pénibles, dangereuses, où le sujet est en butte à l'hostilité de l'ambiance ou à des charges qui le dépassent. Les auteurs qui ont décrit les troubles mentaux à l'occasion des grèves de juin 1936, Ferdière avec ses cas de psychoses de néo-responsabilité, ont en vue des phénomènes de cet ordre. Le tableau clinique à dominante délirante comporte une évolution assez prolongée.

3° Enfin, et l'observation que nous rapportons entre dans

cette classe, il convient de faire une place à des *phénomènes paroxystiques* où la part de *l'émotion* est principale. Les milieux sociaux, en proie à de grandes catastrophes naturelles, tremblement de terre, par exemple, ou à des cataclysmes qui, pour être humains, n'en sont guère moins terrifiants, fournissent de tels exemples : la littérature des troubles mentaux de guerre abonde en observations de ce genre. Ces phénomènes prennent l'aspect de troubles aigus, très passagers, réalisant une atteinte plus ou moins profonde de la direction consciente des conduites et il nous paraît intéressant d'étudier les éléments principaux de l'une de ces observations.

Nous trouvons en effet chez notre malade trois faits essentiels : la dépression, la réaction, la scotomisation de cette réaction.

La *dépression* apparaît comme parfaitement motivée, mais reposant outre sur les éléments légitimes de tristesse, sur des croyances collectives plus ou moins justifiées, en tous cas très répandues, croyance à des atrocités diverses, etc... L'image délirante sur un amalgame de ces croyances et de faits réellement constatés (incendie).

En somme, la psychopathogénie de cette dépression est exactement la même que celle des idées dépressives constamment rencontrées en pratique psychiatrique, la part sociale y est cependant plus forte.

La *réaction* est du type Gribouille, type essentiellement infantile. Dans son allure même elle emprunte le masque très fréquent de ces meurtres verbaux en série que les enfants les plus normaux perpètrent quotidiennement en toute tranquillité. Mais on ne peut s'empêcher de relever dans la réalisation de ce raptus, un « hasard » troublant. C'est la nièce bien portante, celle dont la santé était un douloureux rappel de l'infirmité du fils, qui a été le plus gravement blessée. Il nous paraît peu douteux que la rancune à l'égard des valides, rancune si fréquente chez les infirmes ou parents d'infirmes, a dicté le « hasard ». Notons donc la coexistence de la régression, de la levée du contrôle, et de la puissance de mécanismes instinctivo-affectifs plus ou moins refoulés.

Mais cette réaction, perpétrée au prix d'une méconnaissance des circonstances et de ses conséquences, a été elle-même amnésique et deux essais de remémoration ont été infructueux. L'expression de *scotomisation* n'est nullement déplacée, Lange a depuis longtemps bien décrit la « paralysie de l'évocation » qu'entraîne parfois l'émotion. Mme R. a présenté ce phénomène

au maximum et n'a pas encore recouvré le souvenir de son acte. Mais ne peut-on interpréter comme un trouble identique ou tout au moins de même ordre, la méconnaissance bien souvent persistante du caractère criminel de certains abandons de poste par les sujets, par ailleurs consciencieux, qui les ont commis. Nous avons eu sous les yeux quelques exemples de ce genre et, vus sous cet angle, certains faits paradoxaux s'éclairent étrangement. Il convient bien entendu de ne pas étendre cette conception au-delà de faits où la sincérité des sujets est sévèrement contrôlée.

M. Picard. — M. Ey doit présenter à une prochaine séance un cas analogue. La malade ayant rapidement guéri, le mari n'a pas fait de difficultés pour la reprendre.

M. Brissot. — L'impulsion homicide est fréquente dans les cataclysmes. J'en ai observé un cas soigné dans le service de Briand en 1910 à l'époque de la comète de Halley. C'est la réaction qui est à retenir sans faire appel aux notions de complexes familiaux. La malade tue la personne qui est près d'elle, aussi bien un étranger qu'un de ses proches.

M. Daumezon. — Il semble bien pourtant que dans le cas que nous venons de présenter, il y a crime altruiste. Le facteur affectif est déterminant.

M. Minkowski. — Les deux cas ne sont pas superposables. En dehors de l'hérédité, il faut considérer les mécanismes psychologiques dans chaque circonstance particulière.

M. Ach. Delmas. — Peut-être y a-t-il en effet des différences apparentes, mais tous ces cas se rapportent à une même cause. Ils sont des expressions de la pathologie de l'émotivité.

La séance est levée à 18 heures 10.

Le secrétaire des séances :

Paul Carrette.

Séance du Jeudi 8 Mai 1941

Présidence : M. Ach. DELMAS, président

PRÉSENTATIONS

Erotomanie. Suite d'une observation,
par MM. Heuyer et Fouquet.

Cette communication n'est que la suite d'une observation que l'un de nous a présentée à la Société Médico-psychologique, avec Mme Gauthier, le 26 décembre 1938 (1). Plusieurs raisons nous incitent, aujourd'hui, au bout de deux ans et demi, à revenir sur cette observation.

1° Du point de vue doctrinal, notre communication antérieure avait été présentée sous le titre « un cas d'érotomanie ». Au cours de la discussion, la légitimité de ce diagnostic a été mise en doute. Non seulement, la série des certificats apporte une confirmation entière à notre diagnostic, mais, comme nous l'avions fait prévoir, la sortie du malade a donné la preuve de la nature de son délire.

2° Plus encore que la discussion du diagnostic, l'odyssée psychiatrique de L. est riche d'enseignements. L'examen du dossier du malade, à l'occasion de sa demande de restitution du permis de conduire, met en évidence un certain nombre de points de la pratique psychiatrique.

Nous rappellerons en quelques mots l'histoire de L..., reconstituée d'après son dossier médico-administratif.

En novembre 1938, M. P. porte plainte au Commissariat de son quartier contre M. L. ; celui-ci ne cesse d'importuner sa femme, Mme P., par l'envoi de lettres où les déclarations d'amour voisinent avec les injures et finalement avec des menaces de mort sous condition (54 lettres jointes). Après examen et observation à l'Infirmerie spéciale,

(1) *Annales Médico-psychologiques*, décembre 1938, page 738.

il est envoyé à Sainte-Anne, avec le certificat suivant : « Erotomanie. Idées délirantes érotomaniaques : attachement sentimental et amoureux à une dame P. Conviction de réciprocité. Certitude d'être aimé par Mme P. Doute sur le mariage réel de celle-ci qui lui reproche de l'avoir laissée se mettre en ménage avec M. P. Protection probable de la dame P. qui commandite la maison où il est employé comme représentant, et dont elle veut le faire devenir directeur. Epreuves imposées dont la dernière, l'envoi à l'Infirmerie spéciale, est destinée à « l'assagir ».

« Interprétations multiples : allusions, sous-entendus ou propos entendus directement dans les cafés où il fréquente : « C'est lui qui devrait être assis à la caisse où se tient M. P., c'est lui qui devrait être marié avec Mme P. » Multiples tentatives pour se rapprocher de l'objet ; lettres nombreuses. Envoi de traites, probablement fausses, à la dame P. Puis, réclamations vives ou grossières de ses lettres et des traites. Menaces de mort au mari. Dans les lettres, quelques propos bizarres, jeux de mots d'hypomaniaque ou rappels oniriques d'alcoolique.

« Signes d'imprégnation alcoolique : congestion céphalique, couperose, tremblement digital et lingual. Syphilis il y a 15 ans, sans signes actuels ; traitement régulier pendant 10 ou 12 ans. Ponction lombaire négative. Albumine : 0,20. Leucocytes : 0,6. Pandy, Weichbrodt, Benjoin négatifs. » (Dr Heuyer).

Le 27 novembre, le certificat immédiat est rédigé par le Dr X. Abély : « L. est atteint de déséquilibre mental avec excitation psychique, troubles du jugement, idées délirantes érotomaniaques, nombreuses interprétations, possibilité d'hallucinations auditives (nombreux commentaires entendus dans la rue sur son histoire amoureuse), croyance peu motivée en l'amour de l'objet, quelques doutes intermittents, ébauche de l'idée d'épreuves imposées et de jeu caché, envoi de lettres toujours restées sans réponses, désir d'être fixé sur la situation, demande à voir l'objet à l'Asile même, pour avoir une explication ; menaces de mort au mari, fond possible d'affaiblissement psychique initial (imprécisions, absurdités) ; spécificité ancienne ; léger tremblement digital, bégaiement, réflexes tendineux vifs. A maintenir. »

Le 10 décembre, le certificat de quinzaine est rédigé par le même médecin en termes semblables.

Dès cette date, le dossier renferme des lettres adressées au Préfet de Police ou au Procureur de la République pour protester contre cet internement. C'est l'intervention d'un premier député, M. L'H., qui écrit : « Il est impossible qu'il soit devenu fou : d'ailleurs la lettre qu'il m'a adressée pour me raconter son aventure n'est pas, loin de là, celle d'un déséquilibré. » Il demande « sa mise en liberté, après un examen par un médecin aliéniste qualifié. »

Une lettre, revêtue de quinze signatures, parle de détention arbitraire, et demande « l'indulgence ».

Une lettre de son frère, négociant en Bretagne, s'engage à « obser-

ver toutes les recommandations », si on lui permet de ramener le malade chez lui.

Intervention d'un deuxième député, M. H., qui écrit : « il a tout lieu de penser que l'internement dont il a été victime lui paraît arbitraire. »

Le 27 janvier, L. est l'objet d'un certificat de maintenue : « Est entré pour un syndrome érotomaniaque. Présentation hypomaniaque dans le service. S'est montré assez rapidement plus calme et on a pu espérer une réduction rapide des idées délirantes. Reprise du thème avec graphomanie après la période d'adaptation à la vie asilaire. La sortie ne peut être envisagée à l'heure actuelle. A maintenir. » (Dr Porc'her).

Le 21 mars 1939, lettre du député H. qui sollicite pour L. la permission de séjourner une huitaine de jours dans la Seine, avant de quitter le département.

Le 31 mars, L. est transféré de Ste-Anne à Ville-Evrard avec la note suivante du Dr Porc'her : « Syndrome érotomaniaque ; troubles du caractère, réactions paranoïaques. »

Il est vu par le Dr Dublineau qui écrit : « Entré à l'occasion d'un syndrome érotomaniaque. Actuellement très réticent ; crainte de trop parler, d'en dire trop long. Réserves subites dans l'exposé de son passé ; insistance toutefois sur les faits se rapprochant du thème érotomaniaque décrit sur les précédents certificats (en particulier, rappel des conditions du mariage de l'objet, avec aveu qu'il a pu douter de la réalité de ce mariage). Masque vultueux. Quelques abus de boisson. A observer. »

Le 11 avril, certificat rédigé en termes à peu près identiques, de même que le certificat de quinzaine du 19 avril.

Dans une lettre adressée au Préfet de Police par L., on relève des phrases un peu énigmatiques : « Si toutefois, telle ou telle personne prétendait avoir des droits sur moi, soit par des correspondances lointaines, soit pour toutes autres choses, je répondrai d'abord que je ne suis pas marié, et ensuite qu'il y aurait abandon total du fait que pendant six mois, je n'ai pas vu cette personne. »

Nouvelle lettre du député H. qui demande la libération de L.

Le 17 juin, nouveau certificat de situation du Dr Dublineau : « Erotomanie. Réticence. Scandales avant l'entrée, avec lettres de menace au mari de l'objet érotomaniaque. Propos énigmatiques en rapport avec une activité délirante soigneusement dissimulée. Alternances d'allégations de regrets et d'allégations délirantes. Calme. Sortie contre-indiquée. Il s'agit d'une affection à évolution prolongée en dépit d'une lucidité entièrement conservée. »

Le Procureur de la République de Pontoise demande un certificat de situation. Le député H. sollicite la visite du médecin inspecteur, et le Dr Dupouy, le 6 août 1939, remet le rapport suivant : « Déséquilibre constitutionnel d'ordre paranoïaque. Interprétations délirantes centrées autour d'un système érotomaniaque visant Mme P. Lettres

de menace au mari sous prétexte que celui-ci ne voulait pas lui rendre certaines choses (courrier et traites).

« Lucidité parfaite, mais conservation du thème érotomaniaque. Syphilis ancienne. Excès de boisson reconnus. Demande sa sortie pour « fuir Paris ». Conscience relative de son impulsivité possible. Or, il n'est nullement prouvé qu'il quittera réellement Paris, si on le remet en liberté, ou qu'il n'y retournera point pour troubler le ménage P.. peut-être même pour se livrer à un acte agressif, à la manière des érotomanes. Sortie non proposée par les médecins traitants. Sortie à déconseiller. A maintenir. » (Dr Dupouy).

« *P.S.* — Pourrait au besoin être transféré dans un asile de Bretagne, d'où il pourrait être l'objet d'une sortie d'essai sous surveillance locale ».

Le 21 juillet, L. demande sa libération au Préfet. A cette date, un certificat de situation porte : « Délire érotomaniaque ; convictions formelles. Mme P. n'est pas mariée. Peut être transféré accompagné de deux infirmiers. »

Le 26 septembre, L. écrit au Préfet pour demander sa sortie, sous condition expresse de regagner la Bretagne, et rappelle qu'il a fait une demande d'expertise militaire.

Le 29 septembre, certificat du Dr Duchêne : « Entré pour un syndrome érotomaniaque. Revendicateur extrêmement rétif, manifeste néanmoins la persistance de son activité délirante par de nombreuses lettres adressées à l'objet ou à sa famille, qu'il essaie de faire parvenir à l'insu du personnel. A fait l'objet d'une demande de transfert en Bretagne. Spécificité ancienne sans signes humoraux actuels. A maintenir. »

A la même date, L. demande au Préfet sa sortie sans conditions pour se mettre à la disposition de l'autorité militaire.

Le 13 octobre, certificat de situation du Dr Lacassagne : « Présente un syndrome érotomaniaque. Persistance de la conviction et de l'activité délirantes. Désignation de l'objet, une dame P. qu'il croit avoir épousée par procuration. Lettre à la dame qu'il appelle « sa femme », lui demandant de venir le chercher. Croit que son internement a été demandé par elle pour lui démontrer qu'il était réellement son mari. Spécificité ancienne probable. A maintenir. » (Dr Lacassagne).

Lettre du 3 novembre : « Monsieur le Préfet, Je vous serai respectueusement obligé de bien vouloir m'accorder ma sortie de l'Hôpital de Ville-Evrard, pour aller rejoindre ma femme, née Andrée V. Dans cette attente que j'espère courte, je vous prie... »

Le 5 novembre, le Procureur de la République de Pontoise réclame un nouveau certificat de situation.

Le 30 novembre, nouveau certificat de situation qui fait état des « lettres fréquentes et délirantes à l'objet ».

Le 5 avril 1940, dans une lettre au Dr Fretay, L. donne les précisions suivantes : « Je me suis marié le 2 décembre 1937 à la mairie

du 10e arrondissement et j'écris régulièrement à ma femme qui m'envoie régulièrement de l'argent. »

Le 4 avril, le certificat de situation porte : « Entré à l'occasion d'un syndrome érotomaniaque. Persistance de la conviction et de l'activité délirantes : désignation de l'objet. Il est *sûr* de l'avoir épousée par procuration. Lettres à « sa femme », que depuis quelques jours il adresse à « Mme L. ». Pense que son affaire est maintenant réglée et qu'il doit « reprendre sa place au foyer ». La sortie ne peut être envisagée actuellement. » (Dr Lacassagne).

Le 8 mai 1940, dans une lettre au Préfet de Police, on lit notamment : « Voulez-vous me signer ma sortie sans conditions et je fais aussitôt le serment d'entériner purement et simplement le mariage. Il est moralement entériné puisque je lui ai écrit et qu'elle m'a adressé des mandats. »

Le 6 juin, c'est le Ministre de la Justice qui, à son tour, demande un certificat de situation. L. est, à cette date, transféré à l'asile de Villejuif, où le Dr Rogues de Fursac note : « est interné pour syndrome érotomaniaque, actuellement réticent, à observer. » Le 19 juin 1940 : « même état qu'à l'entrée. A maintenir. » (Rogues de Fursac).

Dans une lettre du 5 juillet 1940 au Préfet de Police, il écrit : « Je vous serais respectueusement obligé de bien vouloir me faire savoir ce qu'est devenue mon épouse, dont je suis sans nouvelles. »

Le 20 juillet, le Procureur de la Cour d'Appel demande une contre-expertise.

Le 22 octobre 1940, le Procureur redemande un certificat de situation.

Le 4 novembre, première intervention d'une cousine qui écrit au Préfet. Cette lettre n'est pas écrite de sa main, car il est manifeste qu'elle sait à peine signer ; malgré cela, elle « s'engage à l'accompagner à P., en Bretagne, et à lui fournir tous les soins que son état nécessite ».

Le 8 novembre, un certificat de situation pour sortie porte : « Plus calme, mais encore délirant. La sortie paraît, pour le moment, prématurée. » (Dr P. Abély).

Le 25 novembre, nouvelle lettre de la cousine dans le même style.

Le 19 novembre, lettre de L. au Procureur général près la Cour d'Appel ; il demande son transfert immédiat dans une clinique allemande, et parle des certificats médico-policiers à cause desquels sa sortie est refusée. Le même jour, il adresse au Président du Tribunal Civil une très longue lettre, qui débute ainsi : « Monsieur le Président du Tribunal, Le fils éploré d'un juge breton se permet d'adresser très respectueusement cette modeste supplique devant la Justice de son pays pour obtenir une expertise loyale de son état mental. Il a été décoré sur les Champs de Bataille de la Grande Guerre ; il lui est pénible, à ce titre, de vous solliciter à ses frais son transfert dans une clinique allemande, pour une observation rigoureuse et d'une durée telle que vous jugerez utile. Il a besoin de justice, son cerveau aussi,

et loin des Rhéteurs aux certificats venimeux dont la blouse blanche voudrait remplacer la blanche hermine, un cerveau sain demandera un quitus loyal. »

Le 9 décembre 1940, lettre du Procureur de la République au Préfet de Police pour l'aviser que « le 29 novembre, la Chambre du Conseil avait rejeté la demande de mise en liberté de M. L., sans ordonner d'expertise ».

Le 15 décembre, lettre d'un fermier de P. (Côtes-du-Nord), demandant le retour au pays breton de L. ; cette lettre n'est pas écrite par le fermier, seulement capable de signer. Le maire, qui n'est autre que le député H., donne un avis favorable.

Le 7 janvier 1941, certificat de situation en vue de sortie : « L. est devenu beaucoup plus calme et rectifie en grande partie son délire. Apparaît actuellement comme inoffensif. Peut être remis en liberté, à condition d'être confié à sa cousine, Mme M., demeurant à Paris, qui le conduira directement à P. (Côtes-du-Nord), où il résidera. » (Dr P. Abély).

Le même jour, 7 janvier 1941, rapport du médecin-inspecteur : « Interné pour délire érotomaniaque assez atypique (dépit amoureux et d'intérêt à la suite du mariage d'une jeune fille qu'il poursuivait de ses assiduités ; doute sur la réalité de ce mariage, lettres menaçantes au mari).

« Ce délire avait éclos sur un terrain de déséquilibre mental et de débilité, et était lié à des excès alcooliques et à un état d'excitation psychique d'allure hypomaniaque.

« Le thème délirant est resté actif pendant longtemps, le malade continuant à écrire des lettres pathologiques à la personne aimée.

« Depuis quelque temps, l'attitude du malade s'est modifiée ; il est devenu calme ; il n'écrit plus à Mme P., il paraît ne plus attacher d'importance à une histoire qui lui a valu tant de désagréments.

« Tenant compte d'une part probable de réticence, nous ne sommes pas persuadés que le délire soit complètement éteint, mais le rappel du thème amoureux ne provoque actuellement aucune réaction émotive ou coléreuse appréciable.

« L., malgré ses excès alcooliques, n'a d'ailleurs jamais été violent. Il demande lui-même à s'éloigner de Paris et à réintégrer son pays où des parents et des amis (dont le maire du village) s'engagent à veiller sur lui. La meilleure solution aurait été un transfert dans l'asile de sa région, d'où il aurait pu être libéré ; mais ces transports sont difficiles dans les circonstances actuelles. Une parente résidant à Paris promet de l'accompagner elle-même en Bretagne. Nous croyons que, dès lors, la sortie pourrait être accordée à la condition que L. n'ait pas la possibilité de faire un séjour, même très court, à Paris. Les deux garanties suivantes paraissent indispensables : 1° un infirmier de Villejuif accompagnera le sujet de l'Asile à la gare de départ ; 2° la parente s'engagera à conduire le sujet jusqu'à destination. »

La sortie est accordée le 1er février 1941. Il est probable que les

médecins n'avaient pu avoir connaissance de la lettre datée du 26 décembre 1940, adressée à M. et Mme R., beaux-parents de Mme P., et dans laquelle il propose un arrangement à l'amiable : M. P. écrirait au Préfet une lettre dont il prend soin de donner lui-même le libellé ; cette proposition ne va pas toutefois sans menace d'en référer aux tribunaux. Comme intermédiaire, il envoie sa cousine, « qui est si paysanne, dit-il, qu'elle ne sait pas s'exprimer ». Il déclare, en outre, accepter l'idée d'un « rapprochement total si elle le désire ». Il termine par des vœux et des baisers pour « elle ».

Vingt jours après la sortie, le 21 février 1941, M. P., mari de l'objet, est allé exprimer ses craintes au Commissariat, à la suite de la réception d'une lettre adressée à ses beaux-parents. L. annonce d'abord qu'il est de retour à Paris pour rechercher ses affaires ; il ajoute : « je vais pouvoir en profiter pour arranger notre histoire ». Il annonce l'envoi d'un colis de victuailles, et termine en « espérant qu'Andrée P. le comprendra ».

Notons que, dès le 14 février, L. avait écrit à l'Administration pour demander la restitution de son permis de conduire et de différentes affaires. L'administration lui répond à P. (Côtes-du-Nord), le 24 février, ignorant son retour à Paris.

Pourtant le 27 février, L. adresse une lettre au Préfet pour l'avertir qu'il est à Paris. Il se vante d'avoir obtenu un certificat d'intégrité mentale par un médecin aliéniste de l'Asile de B. Enfin, il déclare qu'il va partir pour l'Allemagne. Voici la reproduction de la copie conforme du certificat d'intégrité mentale de L. : « Je soussigné, Dr X., Médecin des Hôpitaux Psychiatriques et diplômé de médecine légale, déclare avoir examiné de près M. L. au point de vue neurologique et mental. Je n'ai relevé au cours de mon examen aucun signe de trouble ou de dérangement cérébral. Par ailleurs, l'examen du système nerveux ne met en évidence aucune manifestation nerveuse quelconque. » (Certificat daté du 15 février 1941).

Le 25 février, le Préfet de Police écrivait au Préfet des Côtes-du-Nord, pour l'aviser que le 8 février, M. L. s'était rendu à P., chez Mme M. ; il demande de le surveiller et tient à être avisé au cas où L. quitterait son département pour revenir dans la Seine. L'enquête de la préfecture des Côtes-du-Nord, faite par l'intermédiaire de la gendarmerie de P., déclare que L. est arrivé à P. dans le courant de janvier ; il a logé chez une demoiselle G. et il prenait ses repas au restaurant ; il n'existe pas de dame M. à P. Après un court séjour, il est reparti pour Paris, où il résiderait n° X, rue de l'E. Cette réponse de la Préfecture des Côtes-du-Nord est datée du 20 mars. Ce fait tend à prouver que les deux lettres suivantes sont faussement datées de P. puisqu'elles sont du 22 mars.

La première est adressée à Son Excellence M. de Brinon. L. récrimine contre « les mœurs bizarres d'une police soi-disant française, dénommée police psychiatrique, dont le pouvoir discrétionnaire autorise tous les abus et dont les rapports ou certificats sont pour le moins tendantieux »,

Il rappelle les affaires Sabatier et Bernadi de Segoyer ; il proteste enfin parce qu'il est interdit de séjour dans le département de la Seine. Il déclare vouloir partir en Allemagne, « mais que si la police continuait ses manœuvres souterraines, son avocat serait chargé de vous remettre respectueusement sa Croix de Guerre, méritée sous les ordres du Maréchal, etc... »

La deuxième lettre est adressée au Préfet de Police pour se « plaindre de la façon d'agir de votre police psychiatrique ».

Le malade L., convoqué à l'Infirmerie à deux reprises, pour subir un examen en vue de la restitution éventuelle de son permis de conduire, ne s'est pas présenté.

Commentaires. — Nos commentaires seront brefs ; cependant il nous paraît nécessaire de souligner le double intérêt que présente cette observation : intérêt doctrinal d'abord, intérêt pratique ensuite.

Du point de vue doctrinal, le diagnostic d'érotomanie, qui avait été discuté et mis en doute lors de la première présentation, s'est trouvé confirmé. Il est intéressant de suivre la succession des certificats rédigés par les divers médecins qui ont examiné le malade dans leur service.

Au début, tous les médecins ont adopté une attitude prudente et se sont contentés de rappeler les circonstances d'internement du malade. Au fur et à mesure du séjour de L. dans leur service, ils ont pu vérifier l'existence de son délire, et ils ont proposé fermement le maintien du malade a l'asile. L'examen clinique de tous les médecins traitants a été concordant pour confirmer le diagnostic d'érotomanie.

Deux manifestations capitales ont permis ce diagnostic :

1° *la graphorrée :* le dossier administratif ne contient qu'une partie des lettres nombreuses adressées par L. à toutes les autorités administratives et judiciaires ; les premières lettres paraissent logiques et cohérentes, et il semble qu'elles aient impressionné les autorités judiciaires. Nombreuses sont les demandes de certificat de situation adressées par le Procureur de la République au reçu de ces lettres. Puis, aux yeux des magistrats eux-mêmes, la démonstration du délire s'est faite plus évidente puisque, sans expertise, la Chambre du Conseil, le 29 novembre 1940, a rejeté la demande en liberté de L.

2° *la réticence extrême* de ce genre de malade sur laquelle nous avons insisté lors de notre première présentation. Ces érotomanes, souvent intelligents, parfaitement lucides, peuvent dissimuler longtemps leur délire. Nous rappelons que ce malade

nous avait énoncé, d'une façon indiscutable, ses idées délirantes pendant son premier séjour à l'Infirmerie spéciale. Il nous avait exposé sa conviction d'avoir été marié par procuration avec la dame P. Or, le jour de la présentation, d'un ton souriant, il avait nié tous les propos tenus. Il avait donné des explications plus ou moins vraisemblables et son attitude avait pu justifier certaines critiques élevées contre le titre d'érotomanie que nous avions donné à notre communication.

Mais, au bout d'un certain temps de séjour à l'asile, la tension passionnelle accumulée finit par rompre tous les barrages de la réticence. Le délire explose en quelque sorte dans les écrits, sinon dans les propos. Nous avons rapporté des extraits de lettres adressées par L. ; ils sont assez caractéristiques pour entraîner, cette fois, la certitude que le délire érotomaniaque persiste au bout de deux ans et demi.

Les documents que nous rapportons prouvent combien ce délire est actif, et combien le malade peut, dans sa réticence, montrer de la mauvaise foi. Pour cacher son délire, il dissimule, il ment, il truque des dates et des noms de lieux. Il témoigne de sa lucidité en essayant de tromper médecins et administrations.

Il n'est pas de problème plus difficile à résoudre que celui de la sortie des érotomanes, ou plutôt, il n'est pas de problème plus facile si l'on veut bien se convaincre qu'il s'agit d'un délire chronique qui ne se modifie pas malgré un long séjour à l'asile.

Au point de vue de la pratique psychiatrique, se pose la question des garanties exigées pour la sortie. Ici, elles étaient toutes réunies : la cousine, femme dévouée, s'engageant à recueillir chez elle le malade et à lui donner des soins ; L. ne devait quitter l'asile qu'entouré de deux infirmiers pour aller à la gare, et il devait se rendre directement à P. ; il avait pris l'engagement de ne jamais revenir à Paris.

Mais, la cousine, paysanne inculte et débile, à qui l'on demande d'endosser une lourde responsabilité, est une gageure ou un personnage de comédie. Quant au séjour dans le petit pays de Bretagne que L. ne devait point quitter, il a été si bref que la lettre du Préfet de police, signalant la présence de L. à P., dans les Côtes du Nord, est arrivée après le retour de L. à Paris.

L. a trompé médecins et administrations en donnant de fausses adresses, en faisant écrire ou signer des lettres par des gens qui, après avoir demandé la sortie du malade, s'en désintéressaient ensuite.

Nous insistons sur le rôle d'un Service social, dont les relations inter-régionales permettraient de faire des enquêtes rapides, discrètes, intelligentes et sûres, avant et après la sortie du malade, qui serait ainsi entouré d'une surveillance effective.

Une fois de plus, nous soulignons l'attitude du public, des débiles ou des indifférents, qui se réunissent à 15 pour donner des signatures, écrire des réclamations, parler d'internement arbitraire. Nous n'aurons pas la cruauté d'insister sur le rôle du, ou plutôt des députés qui, même après la débâcle, ont joué leur rôle de député en essayant encore d'intervenir auprès des diverses administrations pour recommander un parent qui est aussi un électeur. Il est des gestes dont il est difficile de perdre l'habitude !

Enfin, se pose la question des certificats d'intégrité mentale. A maintes reprises, nous nous sommes élevés contre la pratique de décerner à des individus un certificat d'intégrité mentale. Sans doute, le médecin qui a rédigé celui que nous avons trouvé dans le dossier a montré, d'une adroite façon, qu'il n'ignorait aucun des procédés et des trucs que nécessite la rédaction de ces certificats. On ne dit pas qu'un tel n'a pas de maladie mentale, on dit : « je n'ai relevé au cours de mon examen aucun signe de trouble ou de dérangement cérébral ; l'examen du système nerveux ne met en évidence aucune manifestation nerveuse quelconque... » Nous préférons nous abstenir plutôt que de donner notre opinion sur le manque de sincérité d'une semblable rédaction ! De tels certificats trompent le malade qui les demande et qui en est l'objet, et peuvent tromper des fonctionnaires et des administrations qui n'ont pas l'habitude de cette forme de restriction mentale.

Dans quels cas peut-on délivrer un certificat d'intégrité mentale ? C'est une question qui mériterait d'être discutée par notre Société.

Dans un certain nombre de cas, ces certificats sont légitimes et peuvent même être obligatoires, par exemple pour juger de l'état mental d'un individu qui a rédigé un testament discutable. Ils peuvent aussi être délivrés à la demande d'une administration quand il s'agit d'accorder un permis de port d'armes de chasse, ou un permis de conduire. Il est nécessaire alors de donner un avis net et formel, et de prendre la responsabilité de sa signature.

Mais, quand un sujet, quel qu'il soit, vient demander un certificat d'intégrité mentale à un médecin qui ne connaît pas le demandeur, et qui n'a pu le suivre dans les diverses étapes de

sa vie, cette demande doit paraître immédiatement suspecte au médecin, un peu averti de la clinique psychiatrique.

Dans la pratique, toute demande spontanée d'un tel certificat préjuge un trouble mental grave. Le médecin doit se tenir sur la réserve, et surtout il doit éviter d'user de procédés truqués, qui semblent mettre sa responsabilité à couvert, mais qui soulèvent des objections au point de vue de la déontologie professionnelle.

M. Minkowski. — Quand un individu réclame un certificat d'intégrité mentale il suffit de lui demander quel est le motif de sa démarche. Un tel certificat ne peut être délivré que dans un but précis.

M. Marchand. — Il est rare que le malade — car il s'agit toujours d'un malade — dont on a découvert les intentions insiste pour obtenir son certificat. On ne peut mieux faire que lui conseiller de s'adresser à un avoué et d'obtenir la nomination de trois experts.

M. Ach. Delmas. — Nous ne pouvons guère, — en dehors de cas précis où l'intégrité mentale est réclamée pour l'exercice d'une fonction déterminée, — déclarer qu'un individu ne présente pas de troubles mentaux. Nous savons qu'il a l'intention de se servir du certificat pour le mettre en opposition avec les attestations d'autres médecins. Les circonstances dans lesquelles nous pratiquons l'examen du sujet sont trop précaires, trop brèves pour permettre une affirmation valable. Voici un exemple typique qui vous rappellera une histoire qui a fait du bruit il y a une vingtaine d'années dans le haut commerce parisien. Il s'agit de Mme B..., veuve de 62 ans, propriétaire d'un grand magasin de Paris et très riche, qui voulait épouser un charmant jeune homme de 30 ans, sans fortune, dont elle avait été l'infirmière pendant la guerre. Quand elle vint, accompagnée par son fiancé, me demander un certificat d'intégrité mentale, elle se présenta devant moi très correctement, avec une certaine coquetterie dans la tenue, un air enjoué, volubile et péremptoire. Or cette dame B... avait été internée au cours d'accès hypomaniaques. Elle avait donné des preuves de déséquilibre et elle était en procès avec ses enfants qui s'opposaient à son remariage. Dans l'ignorance de ces faits j'invoquai l'impossibilité de me prononcer en connaissance de cause et refusai le certificat demandé. Maurice de Fleury et Lépine consultés

ensuite par la famille firent nommer Marcel Briand expert unique. Il démontra le déséquilibre de sa cliente après des examens répétés tandis qu'elle-même réclamait l'assistance de trois autres experts officieux, Vallon, Séglas et Roubinovitch qui, renseignés sur l'activité de l'expert officiel, mettaient en valeur dans leurs rapports les symptômes absents, les preuves d'intelligence et d'esprit de Mme B... pour orienter l'affaire vers une solution qui lui fût favorable. Il est évident que ces conclusions négatives, ces constatations partielles sont dépourvues de toute valeur et faussent l'expertise. Ainsi conçus, des certificats d'intégrité mentale doivent être absolument proscrits.

M. Rayneau. — C'est ainsi que certains contre-experts en arrivent à présenter des certificats, des rapports sans avoir consulté le dossier, ou même sur pièces et d'après des renseignements tendancieux, sans avoir vu le malade.

Excitation psychique et délire de transformation fantastique, par MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et H. Maurice.

Nous vous présentons aujourd'hui un cas de délire chronique dont la situation nosographique est assez délicate à préciser, mais qui surtout nous semble être l'illustration d'un mécanisme psycho-pathologique particulier.

Observation. — Mme Annette W..., âgée de 44 ans, ouvrière en tapisserie, est entrée à la Clinique le 7 avril 1941.

Le début de l'affection aux dires de la famille remonte à 6 ans. Il semble qu'en réalité l'atteinte pathologique soit beaucoup plus ancienne et date d'une vingtaine d'années. Le comportement de la malade était depuis longtemps anormal. Euphorique, elle chantait à longueur de journée, manifestait une certaine turbulence et faisait preuve d'une hyperactivité stérile. A d'autres périodes elle était déprimée, n'adressant la parole à personne, même pas à son mari. Il semble donc que la malade ait présenté tout au début des périodes d'excitation et de dépression psychique, mais avec prédominance d'excitation.

En 1934, à l'occasion d'une absence de son mari, apparurent des idées de jalousie et de persécution, allant de pair avec une sensation de transformation de l'ambiance. Elle avait l'impression que l'on se moquait d'elle. Elle aurait été la victime d'une persécution vague, mal définie. Son mari y aurait pris part, et aurait essayé de l'abandonner en l'accusant injustement de l'avoir trompé avec un médecin. Nombreuses altercations dans le ménage, chantage au suicide de sa part. Elle

alla même jusqu'à se frapper la région précordiale avec un couteau de pacotille, dont la lame se plia comme par hasard en deux. Une gifle du mari mit fin à la scène. Aucune anxiété ne semble avoir évidemment sous-tendu ce geste. C'était « une pièce de cinéma que j'ai jouée », nous dit-elle aujourd'hui.

Le tableau clinique se transforme d'ailleurs rapidement. Les idées de persécution disparaissent. Cependant l'excitation psychique persiste. Des « hallucinations cœnesthésiques » apparaissent. Le thème principal est déjà un thème de transformation physique et l'on peut dire que, depuis 6 ans, la psychose constituée en quelques mois n'a peu ou point varié. Pendant cette période la malade à demi consciente de son état pathologique consulta de nombreux médecins. Un traitement au cardiazol fut même institué il y a 2 ans. Mal supporté on dut l'interrompre dès la première piqûre.

Actuellement la malade est relativement calme, un peu maniérée, euphorique, ne reculant pas devant un bon mot, volontiers familière avec ses interlocuteurs. Cependant il n'y a ni hypermnésie, ni fuite des idées, ni d'excitation intellectuelle d'ensemble suffisante pour évoquer une excitation maniaque franche. Elle est parfaitement insérée au réel. Elle fait en partie la critique du trouble qu'elle éprouve. Il s'agit essentiellement de troubles cénestopathiques, mal définis d'ailleurs et servant de support à une efflorescence imaginative des plus vives. « Il suffit que j'évoque quelque chose pour que je le voie. Si je vois quelque chose j'ai l'impression d'être ce que je voie. » C'est ainsi que : à la campagne, si elle voit une vache, aussitôt elle voit une queue de vache lui pousser. Sa mâchoire se déforme, s'allonge et bientôt elle a l'impression d'être une vache. Quand elle voit une oie ou un canard en train de nager sur une pièce d'eau, il lui semble que c'est elle qui est sur l'eau. « Je me sens nager, dit-elle, j'ai deux pattes d'oie qui nagent, mes bras deviennent des ailes. » Et toujours de conclure : « C'est très désagréable, ça me gêne beaucoup. »

Voit-elle un arbre, aussitôt ses pieds sont empêtrés dans des racines inextricables et elle est figée dans une immobilité complète. Ce qui caractérise ses thèmes, c'est l'animisme profond qui les imprègne. Non seulement elle est transformée en tel ou tel être, mais elle vit intensément cette transformation. Vache, ses mâchoires remuent, mastiquent, elle rumine. Oie ou canard, ses membres sont animés de mouvements, elle nage, elle se sent nager sur l'eau.

Ces impressions kinesthésiques aboutissent dans certains cas à de véritables transformations de la personnalité psycho-somatique, car tout en se transformant en plante ou en animal, elle n'en garde pas moins conscience au même moment de sa personnalité réelle.

Entend-elle de la musique, elle a l'impression qu'elle danse, ses jambes, son corps éprouvent la sensation d'une personne en train de danser, tout est mouvement en elle, ce qui ne l'empêche pas de se sentir elle absolument immobile. Aussi, dit-elle : « je suis dédou-

blée. » « Quand je suis au lit je me vois faire mon ménage. J'éprouve les sensations des mouvements accomplis. A la fin je suis même fatiguée, et pourtant je suis bien dans mon lit et mon ménage n'est pas fait. »

Il faut toutefois souligner que nombre de ces représentations s'accompagnent d'un certain trouble de la conscience. « C'est comme une rêverie, dit-elle, je me voyais travailler des haricots dans mon jardin, le lendemain il avait gelé et les haricots étaient tels que je les avais laissés la veille. » En parfaite hypomaniaque, elle conclut : « Ce n'est pas la rêverie qui fait le travail — ménage ou jardin — on ne m'a jamais rien donné pour rêver donc je suis sinoque. »

Le dernier caractère en effet de ces phénomènes de transformation dont nous avons donné quelques exemples mais qui sont en réalité variables à l'infini puisque la vue d'un être ou d'un objet quelconque suffit à faire naître en elle le sentiment de métamorphose, c'est qu'ils sont soumis par le sujet lui-même à une certaine critique. A certains moments la malade se demande si ses impressions ne sont pas pathologiques et si elle n'est pas folle.

Dans la période active de son délire, il y a 6 ans, cette femme a présenté des phénomènes légers d'automatisme mental, automatisme d'ailleurs incomplet et mal individualisé. Elle se mettait à ce moment — en fait foi le certificat d'internement — du coton dans les oreilles, « mais ça parlait toujours ». A l'analyse ces prétendues hallucinations apparaissent comme l'effet d'une résonance particulière de la pensée de la malade ainsi qu'elle nous l'explique spontanément. C'est sa pensée qu'elle entendait dans sa tête lui sortir par les oreilles, des mots voulaient jaillir de son crâne, on parle par sa bouche malgré elle, mais ce sont ses pensées propres qu'elle reconnaît fort bien. Elle a deux langues, celle qui lui sert normalement et l'autre qui parle toute seule. Ses organes mêmes converseraient entre eux, le cœur fait de la morale, l'intestin lui dit : « Tu n'as pas besoin d'aller à la selle, ici il ne doit pas y avoir de carte de sel de magnésie. »

En dehors de l'hypomanie déjà signalée l'examen révèle une affectivité normale. Elle a toujours été très maternelle vis-à-vis de ses enfants, soucieuse du bien-être de son mari, veillant avec soin à la tenue de son intérieur. Son comportement en dehors de quelques épisodes déjà signalés où l'excitation psychique devait être particulièrement marquée, a toujours été lui aussi normal.

Au point de vue intellectuel, débilité certaine. Elle n'a pas passé son certificat d'études. Ses connaissances sont des plus rudimentaires. De plus, c'est une ouvrière médiocre, incapable d'un travail un peu fin. C'est cet aspect élémentaire de son psychisme qui explique l'impossibilité où elle est de manier correctement des notions abstraites. C'est ainsi que, voulant parler des fonctions des différentes classes sociales, elle dira : « Il y a trois travaux à travailler : celui de l'ouvrier, celui de l'intellectuel, celui du patron. » Elle dit encore :

« Dieu cherche son bon Dieu, moi je cherche le mien pour faire mon travail », et au sujet de son travail elle ajoute : « C'est mon intellectuel qui ne va pas avec mon manuel. »

Il faut insister sur les tendances psychasthéniques que manifeste parfois la malade : « Naguère j'avais peur de faire du mal à ma fille ; je n'osais pas la frotter en la lavant de peur de la blesser, ensuite je me reprochais de ne pas lui avoir fait suffisamment sa toilette. »

De plus, Mme Minkowska a bien voulu la soumettre à l'épreuve du test de Rorschach. Elle nous a communiqué le résultat : formule mentale non de dissociation pure comme une schizophrénique, mais de reconstruction.

Examen physique. — Etat physique médiocre. Examen neurologique négatif. R.O.C. + 16. Tension 15/9. Pouls 80.

Antécédents. — parents bien portants, un oncle interné à Villejuif, un frère en bonne santé.

Pas d'antécédents personnels pathologiques. Réglée à 15 ans.

Nous avons rapporté cette observation parce qu'elle nous a semblé présenter certaines particularités. Les considérations qu'elle nous amène à faire peuvent, croyons-nous, se classer sous deux rubriques principales : d'une part situation nosologique du délire, d'autre part celle beaucoup plus importante qui a trait aux mécanismes psychopathologiques que l'on peut ici incriminer.

1° *La situation nosographique du délire.* — Nous ne pouvons ici qu'être assez bref. Et d'abord rappelons les caractéristiques essentielles longuement détaillées dans l'observation clinique. Il s'agit d'une construction d'évolution fort ancienne — mais de développement assez limité — puisque les données immédiates de base constituent encore à vrai dire la totalité du délire. La malade, en effet, énonce ce qu'elle ressent mais n'essaie même pas d'en fournir la moindre explication délirante. Ces expériences élémentaires qui charpentent toute la psychose sont pour ainsi dire vécues à nouveau chaque jour.

Et, d'ailleurs, les difficultés commencent quand il s'agit de caractériser ces expériences elles-mêmes. Disons pour employer une terminologie classique qu'il s'agit de troubles du type hallucinatoire de la sensibilité générale et en particulier du sens kinesthésique joints à des représentations mentales vives. Par exemple, quand la malade se sent transformer en canard elle a la sensation tactile d'une extrémité surnuméraire située sous la plante de son pied et en forme de pattes palmées. Elle dit se voir nager. A la vérité lorsqu'on l'interroge avec précision l'on peut facilement constater que cette expression « se voir » ne

répond pas à quelque chose de très précis. C'est une formule commode mais qui ne recouvre aucune donnée psycho-sensorielle nette. Tout au plus, s'agit-il d'un jeu imaginatif développé à partir de l'impression kinesthésique de natation liée à la sensation d'extrémité surnuméraire.

Ce délire, essentiellement imaginatif, sans extension, ni rationalisation, par conséquent fait de données immédiates sans intellectualisation secondaire, s'accompagne d'un certain degré d'excitation psychique allant parfois jusqu'à l'hypomanie caractérisée. A vrai dire nous avons d'ailleurs hésité à employer le terme de délire parce que la malade nous a paru avoir souvent une attitude douteuse. Elle nous dit : « Il n'y a pas de drogues ni de poisons pour faire éprouver ces sensations... Pourquoi l'aurait-on fait ? Il est évident que je dois être folle. » Mais, et c'est ce qui nous intéresse ici le plus, si la malade hésite quant à l'explication à donner de ses sensations anormales, elle est absolument affirmative en ce qui concerne leur réalité. Elles sont considérées comme indiscutables, leur existence ne donnant lieu en aucune façon à un débat de type obsessionnel ; on est au contraire frappé de la passivité avec laquelle la malade admet être un être anormal. Il faut noter également certains signes négatifs fort importants, en particulier l'absence d'affaiblissement intellectuel de type schizophrénique. Le maniérisme apparent, la bizarrerie de l'attitude doivent essentiellement être attribués à la débilité sous-jacente.

Dans ces conditions, il paraît bien difficile de faire rentrer cette malade, en raison de ce dernier caractère et aussi du contact affectif parfait qu'il est aisé d'obtenir, dans le groupe des psychoses paranoïdes. L'absence de troubles intellectuels élémentaires nous paraît être contre ce diagnostic un argument d'une importance capitale. De même, l'absence de tout élément psycho-sensoriel franc, sauf peut-être à la période d'extrême début, permet d'éliminer le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique. Il ne s'agit pas non plus d'un délire d'imagination type Dupré. Nous ne voyons guère que le groupe assez imprécis d'ailleurs des paraphrénies auxquelles l'on puisse rattacher ce complexe symptomatique. L'intégrité du fond mental, la conservation presque complète du sens critique et enfin la possibilité d'une activité sociale relativement satisfaisante chez cette malade déjà touchée depuis longtemps sont des éléments suffisants pour admettre ce diagnostic. La prédominance des éléments imaginatifs ainsi que l'excitation intellectuelle continuelle répondent assez bien à la variété expansive de la paraphrénie.

2° *Les mécanismes psycho-pathologiques.* — C'est d'ailleurs en désirant préciser la place nosographique de cette psychose que nous avons été tout naturellement amenés à en étudier les mécanismes psycho-pathologiques possibles.

Il est en effet impossible de ne pas souligner l'importance du facteur excitation pychique, importance telle que s'il s'était agi d'une intermittente indiscutable l'on n'aurait pas hésité à considérer son état actuel comme appartenant au groupe des psychoses chroniques post-maniaques. De plus, cette malade, si elle n'a jamais présenté de crises obsessionnelles nettement caractérisées, a toujours témoigné d'une inaptitude particulière à l'action et d'une labilité bien spéciale de la prise de conscience immédiate de sa personnalité. Ce sont ces deux points qui, en fin de compte, nous semblent être essentiels dans la genèse de la conception actuelle.

Il semble qu'au début de l'évolution, Annette W... ait présenté des phénomènes d'excitation psychique plus importants qu'ils ne le sont actuellement : « Je me voyais danser, chanter, je tenais conversation toute la nuit... », phénomènes d'excitation qui s'accompagnaient d'un léger syndrome d'influence à thème de persécution comme cela est si fréquent : « Ça me faisait persécution. J'avais l'impression que tout le monde s'occupait de moi, qu'on savait tout ce qui m'arrivait. » Par moment, l'excitation psychique faisait place à une dépression assez marquée. Malgré le caractère incomplet de nos renseignements, il nous a été possible de savoir que lors de son hospitalisation à la Pitié la malade était en état de mutisme et présentait du refus d'aliment.

Ainsi, la réalité de phases successives d'excitation et de dépression au moment fécond de la psychose ne semble faire aucun doute. Nous croyons que ces troubles du ton affectif sont à l'origine et de l'exaltation imaginative (représentations aperceptives) et des sensations cœnesthésiques anormales — accusées par la malade — et qui constituent, nous l'avons dit, la totalité de son délire actuel.

L'existence d'une tendance douteuse, et de difficulté à l'appréhension immédiate et totale de la personnalité, peut paraître à première vue plus discutable. Aussi devons-nous en apporter la preuve. Annette W... éprouvait une crainte obsédante à s'occuper de sa fille : « Lorsque je voulais la laver j'avais à la fois peur, et de ne pas la nettoyer suffisamment et de lui faire mal en la frottant... Et ainsi je ne pouvais m'en occuper. » De même, on peut interpréter comme une preuve de fragilité de la

synthèse personnelle cette tendance aux impulsions motrices incoercibles. La malade a souvent présenté des impulsions motrices. Lorsqu'elle gifle quelqu'un, dit-elle, sa main part et revient toute seule. Ses impressions kinesthésiques sont assez voisines ; elle sent ses pieds danser et constate en même temps qu'ils sont immobiles. De là l'expression : j'ai quatre jambes et quatre pieds, deux qui dansent et deux qui restent tranquilles. Le rôle que nous attribuons à cette tendance à la passivité et à la désintégration pure et simple de la personnalité est de tendre à faire persister plus longtemps que normalement, à donner une réalité plus complète que d'habitude, à des sensations anormales liées à l'excitation psychique elle-même. Ce qui serait chez d'autres un état transitoire tendrait à devenir ici un délire chronique. Mais le fait même de cette impuissance aux grandes synthèses psychiques expliquerait que ce délire soit, fait inattendu pour une paraphrénie, sans extension et sans efflorescence secondaire.

Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher ce cas de celui de la malade B..., rapporté ici même au cours de l'année 1940. Il s'agissait là encore d'une malade à tendance psychasthénique légère sans crises d'obsessions nettement caractérisées. Elle fit un accès dépressif et à cette occasion un délire de négation de la personnalité sans tendances, lui aussi, à l'extension cosmique du type Cotard. Ce parallélisme nous a vivement frappé et nous croyons qu'une labilité de la synthèse mentale préalable est indispensable pour que prennent naissance, en partant de troubles essentiellement passagers du ton affectif, des délires chroniques de ce type.

M. Schiff. — Cette intéressante malade présente, nous a-t-on dit, un état hypomaniaque permanent. Il est donc probable que dans son délire intervient le syndrome de jeu. Et en effet ses réponses me paraissent indiquer une adhésion imparfaite à ce délire, une conviction morbide peu assurée. Deux remarques à ce propos. La première, c'est qu'il faut sans doute ne pas prendre à la lettre ce qu'elle dit. Comme dans tout syndrome de jeu c'est une « façon de parler » qu'elle emploie, un moyen d'exprimer, le moins mal possible, des sensations et des sentiments trop compliqués pour ses possibilités verbales. D'autre part les idées qu'elle exprime, cette identification instantanée avec ce qui l'entoure sont à rapprocher des identifications infantiles et « primitives ». C'est une forme de « syncrétisme mental ». Tel ce garçon de 5 ans qui dit à un fumeur : « Si tu continues tu

vas devenir tabac » ou encore ces écoliers qui disent d'un condisciple studieux : « Un tel c'est un porte-plume » ou : « C'est un vrai stylo ». Les ethnologues, comme récemment Marcel Griaule dans son livre sur les Dogons, ont rapporté des faits superposables.

Mme Minkowska. — Nous avons recherché le test de Rorschach chez cette malade. Les réponses indiquent bien qu'elle n'est pas une débile, mais une puérile, une imaginative.

M. Ach. Delmas. — La malade procède par intuition. Dans la pensée de Bergson, l'intuition exprime une idée de sympathie. Chez l'enfant le besoin de sympathie facilite les procédés intuitifs. Le même mécanisme opère souvent dans l'hypomanie.

Syndrome schizophrénique avec catatonie intermittente,

par MM. Laignel-Lavastine, H. Mignot et Menanteau.

La malade que nous présentons à la Société est un cas clinique d'observation fréquente, mais à son sujet se posent un certain nombre de problèmes qui nous ont paru toujours d'actualité.

Mlle Odette M., employée des P.T.T. dans un Central téléphonique, âgée de 28 ans, entre dans le Service le 17 juin 1940.

Le début réel des troubles mentaux se situe en février 1938, à la suite d'un épisode grippal ayant entraîné une grande asthénie consécutive. Un premier internement fut nécessaire de mars à août 1938. Les observations de cette époque notent l'état confusionnel avec symptomatologie polymorphe, hallucinations multiples, idées délirantes floues et variables. mobilité de l'humeur, tantôt dépressive, tantôt euphorique, attitudes et mimiques discordantes.

Une rémission suit cet accès et dure d'août à décembre 1938, assez complète pour permettre la reprise de son service de téléphoniste ; mais une rechute survient très brusquement au cours d'un voyage à Chamonix, en compagnie de sa mère.

Internée une deuxième fois de décembre 1938 à novembre 1939, elle présente cette fois un délire de structure nettement paranoïde avec sentiment d'influence et d'agression corporelle, idées prédominantes de persécution, et hallucinations multiples à tous les modes. On ne note aucun signe de la série catatonique à cette époque.

Une 2e rémission suit le 2e accès ; là encore, elle peut reprendre son service aux P.T.T. en avril et mai 1940.

La 3e rechute survient brusquement au début de juin 1940 et motive

son internement actuel. Impressionnée, nous dit sa mère, par le bombardement de Paris, elle exprime de nouveau des idées d'influence, croit à la présence d'espions dans la maison d'en face. Le 7 juin, elle est prise d'une agitation de caractère théâtral avec déclamation et chants, qui va croissant pendant plusieurs jours, et le 13 juin, jour de l'arrivée des troupes allemandes à Paris, elle échappe à la surveillance de sa mère, erre une partie de la journée, est arrêtée par la police et conduite à l'Hôpital Saint-Antoine, où l'on note : « Agitation maniaque avec période de grande agitation, verbigération, chants. »

Elle est conduite à Sainte-Anne, où elle fait l'objet, le 30 juin, du certificat suivant : « Etat d'agitation avec théâtralisme et incohérence. »

Avant d'exposer l'évolution des troubles depuis son entrée dans le Service de la Clinique, nous passerons en revue ses antécédents héréditaires et personnels.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Pas d'antécédents psychopathiques connus dans la famille.

Antécédents personnels. — Enfance normale. Réglée à 12-13 ans. Les règles ont toujours été régulières, mais « en deux temps » : elle perd pendant deux jours, puis arrêt d'un à deux jours, ensuite reprise pendant deux ou trois jours. En tout, la période menstruelle durait six à sept jours. Depuis le début des troubles psychiques, c'est-à-dire depuis mars 1938, *les règles ont complètement disparu ;* elles ne sont réapparues que deux fois pendant la 2e rémission en 1939-40. Pas d'antécédents pathologiques notables.

Intelligence normale ; elle passe son brevet élémentaire à 16 ans, est reçue au concours des P.T.T. ; s'acquitte de son service à l'éloge de son chef.

Caractère syntone mais, semble-t-il, avec des variations de l'humeur, tendance aux colères avec manifestations vives et cris. Vie sentimentale assez pauvre, chez une fille plutôt laide, qui semble avoir été peu courtisée et répétait qu'elle ne voulait pas se marier.

L'affectivité vis-à-vis des parents semble avoir toujours été normale, tant pour le père que pour la mère.

A son entrée dans le Service, en juin 1940, la malade se présentait donc dans un état d'excitation qui, par de nombreux traits, rappelle l'excitation catatonique. Cet état persiste jusqu'en septembre, accompagné d'incohérence verbale avec verbigération, agitation stéréotypée, maniérisme, impulsions.

A partir de septembre, l'évolution a pris un caractère nettement intermittent sur lequel nous voulons insister. Des périodes de rémission plus ou moins complètes alternent avec des poussées du type catatonique. Etudions brièvement les unes et les autres.

Au cours des poussées, la malade est plongée dans un état de demi-stupeur. Immobile le plus souvent, la tête soulevée au-dessus de l'oreiller, elle répète des suites de mots incompréhensibles. Le négativisme est intense ; elle n'obéit à aucun ordre, se raidit contre toute

tentative d'examen, résiste à l'alimentation et, à plusieurs reprises, on doit employer la sonde. On note les stéréotypies d'attitude, des gestes, tel que celui de déchirer son drap avec les dents, de la mimique enfin. Elle tient pendant des journées entières l'œil gauche fermé, occlusion qui se limite à la paupière, donnant l'aspect d'un ptosis (sans atteindre les muscles synergiques, frontal et orbiculaire, de l'occlusion volontaire). Les muscles du visage, surtout orbiculaires et zygomatiques, sont le siège de secousses fibrillaires incessantes. Par instants, une impulsion la sort de son état stuporeux, elle se précipite à la porte, vole un morceau de pain, etc...

Il est difficile d'avoir une idée du cours de sa pensée pendant ces accès ; on remarque des attitudes hallucinatoires et, parmi la verbigération incohérente, quelques mots laissent supposer des idées d'influence « par la supervision » et « le télégraphe ».

En somme, malgré l'absence de catalepsie, on est en présence d'un syndrome catatonique nettement caractérisé. Signalons d'ailleurs que ce syndrome est susceptible de variations légères dans son intensité. Ces poussées ont été jusqu'à présent au nombre de 4 et ont duré respectivement 1 mois, 25 jours, 29 jours et 25 jours.

Un traitement au cardiazol, comportant 16 injections, dont 13 à dose « mimisante » et 3 avec crise complète, pratiqué en plein accès, n'a eu aucun effet sur l'état catatonique.

Par contre, spontanément, des rémissions ont interrompu cet état. Leur apparition est brusque, en 24 heures, souvent du jour au lendemain, sans cause appréciable d'aucun ordre, la malade est transformée. A première vue l'amélioration paraît totale. A l'état de demi-stupeur avec opposition fait place un état de lucidité complète, le visage est souriant, reposé, la prise de contact facile ; la malade travaille d'elle-même à des lingeries fines d'exécution délicate. Elle a parfaitement conscience de l'état qu'elle vient de traverser et de son caractère pathologique ; elle en déplore le retour périodique qui empêche sa sortie. Toutefois, elle ne peut guère exprimer ce qu'elle ressentait pendant l'accès. Les souvenirs sont imprécis, « le temps n'avait plus de valeur », mais elle connaît parfaitement la date du jour de son réveil. Elle se souvient d'avoir éprouvé des sentiments d'influence et de prise de pensée, mais le tout très vague, sans qu'elle puisse préciser leur caractère.

Ces rémissions ont été jusqu'à présent au nombre de 5 et ont duré respectivement 15, 14, 16 et 21 jours, la rémission actuelle dure depuis 16 jours. Quelle est la qualité exacte de ces rémissions ? Il ne semble pas qu'elles soient complètes. Certes, tous les signes de la série catatonique disparaissent, les notions intellectuelles sont conservées, la mémoire correcte, l'affectivité normale. Toutefois, il persiste une certaine lenteur avec imprécision de la pensée, une difficulté légère de mise en train tant physique que psychique. La mimique reste un peu figée dans une expression de demi-sourire ou de curiosité maniérée.

Nous avons pu pendant ces rémissions pratiquer, grâce à l'obli-

geance de Mme Minkowska, les tests de Rorschach. Sans en donner ici le détail, disons que les réponses abstraites, stéréotypées, l'absence de kinesthésie, la stéréotypie dans les réponses ont confirmé pleinement le diagnostic clinique de schizophrénie.

En présence de cet état intermittent nous avons recherché une cause déclenchante pénible. Certains examens nous ont fourni des résultats de grand intérêt.

Examen somatique. — Fournit peu de renseignements. L'examen neurologique est entièrement négatif. Pupilles en mydriase. Réactions humorales négatives. Urée sanguine : 0,25. Tension artérielle : 16 × 8.

Il eût été particulièrement intéressant, étant donné le caractère rythmé et mensuel des accès, de doser la folliculine. Nous n'avons pu encore le faire pour des raisons matérielles.

Formule sanguine. — Globules rouges : chiffre au-dessus de 4.000.000. Globules blancs : présentant de grandes variations quantitatives. Le chiffre passe de 5.500 à 10.000 et 12.000 à plusieurs reprises.

Il n'y a pas de parallélisme exact entre ces variations et les poussées catatoniques. Toutefois, dans la plupart des cas, les accès ont été précédés de poussées d'hyperleucocytose. Il s'agit d'ailleurs d'une hyperleucocytose avec mononucléose, la proportion des mononucléaires dépassant souvent 50 0/0.

Aucune forme anormale de globules blancs n'a pu être décelée.

A propos de cette observation nous voudrions mettre en relief un certain nombre de points qui nous ont paru intéressants.

1° Tout d'abord c'est le caractère évolutif particulier qu'a revêtu jusqu'à ce jour l'affection. Au début se situent deux grands accès à symptomatologie atypique et polymorphe et où prédominent les signes d'excitation. Ces accès ont duré plusieurs mois et ont été suivis de rémissions quasi complètes de plusieurs mois également. Par là l'affection prend un caractère périodique au sens classique du terme. Mais le 3e accès, au lieu d'être suivi de rémission prolongée, a fait place à un état intermittent, ou plus exactement rémittent, si on tient compte du fait que les rémissions ne sont pas absolument complètes. Ce type intermittent de l'évolution se différencie du type périodique par la brièveté de ses phases : en effet, les rémissions durent en moyenne 15-16 jours et les accès 25 à 30, et cela avec une remarquable constance.

De nombreux cas d'évolution périodique ou intermittents de la catatonie ont été rapportés et longuement discutés. Kræpelin, dans la 8e édition de son Traité, distinguait assez nettement les deux groupes. Il nous a paru intéressant de rapporter un cas où les deux types d'évolution se succèdent chez la même malade.

2° Le problème diagnostic que posent ces états a fait durant bien des années l'objet de nombreuses discussions.

La notion de périodicité et de rémittence semble avoir été à ce point de vue souvent confondue. Chez notre malade il était difficile devant les deux premiers accès suivis de longues rémissions de trancher le diagnostic entre démence précoce et psychose maniaque-dépressive, discussion diagnostique classique, qui apparaît aujourd'hui à la plupart comme assez artificielle, et ce cas l'illustre bien.

Par contre, il nous semble que lorsque l'évolution prend le type intermittent ou rémittent qu'elle a actuellement, le diagnostic doive s'orienter nettement vers la schizophrénie. Rappelons que Urstein considérait la majorité des cas de folie intermittente comme aboutissant tôt ou tard à la démence précoce.

Kraepelin, en 1913, dans sa 8e édition, prend parti dans ce sens. A côté des rémissions de longue durée et des états circulaires, qu'il est difficile de classer avec certitude dans la psychose maniaque-dépressive ou dans la démence précoce, il décrit la « forme périodique » (le terme intermittent nous semble moins prêter à confusion pour désigner ce cas). Sa particularité tient dans la régularité parfois remarquable des alternances, dans la rapidité avec laquelle se produisent et cessent les accès, dans leur brièveté, tous les 15 ou même tous les 2 jours et cela pendant des années.

Le cas de notre malade répond tout à fait à cette description. Pour notre part, nous ne saurions souscrire, sauf dans des cas vraiment exceptionnels, à l'hypothèse bien théorique des « Psychoses associées » pour expliquer ces faits.

Il semble que dans bien des cas l'étude attentive de la malade pendant les périodes de rémission doive faire apparaître le trouble schizophrénique fondamental en cause. A ce point de vue les tests de Rorschach semblent devoir rendre de grands services.

Pendant les accès, l'élément catatonique domine la scène, souvent, comme l'avait remarqué Kraepelin, à type d'excitation. Ce caractère intermittent et cette excitation catatonique peuvent évidemment simuler la psychose maniaque-dépressive dans sa forme atypique.

3° Il reste à rechercher chez notre malade la cause déclenchante de ces accès catatoniques. La numération leucocytaire, en montrant une hyperleucocytose évoluant par poussées et dépassant par moments 10.000 nous oriente vers une étiologie infectieuse latente. Nous n'avons pu encore découvrir le siège de cette infection. Les recherches de colibacilles ont été négatives.

Le mauvais état dentaire et les nombreuses caries dont elle est porteuse nous orientent actuellement vers une exploration et un traitement stomatologique qui peut-être donnera de bons effets. Nous pensons, en effet, que même chez une schizophrène avérée, les poussées catatoniques surajoutées peuvent, comme l'ont montré les travaux classiques de Claude et Baruk, dépendre d'une cause accidentelle, en particulier infectieuse.

Mme Minkowska. — La note discordante du sourire est très nette pendant la période de rémission. Les réponses aux tests montrent l'hésitation, la retenue.

M. Ach. Delmas. — La réalité d'un état schizophrénique est-elle bien démontrée ? Cette malade est une circulaire avec des accès réguliers de catatonie. Dans les périodes intercalaires l'état mental n'est pas obligatoirement normal. Qu'il persiste des signes de dépression, c'est la règle. Les signes de dissociation, les preuves de discordance ne sont pas très nets.

Jeux syllabiques obsédants chez un psychasthénique devenu délirant chronique, par MM. Laignel-Lavastine, Charles Durand et Paul Neveu.

Le passage de l'obsession à l'hallucination a donné lieu à maintes controverses ; mais actuellement, il est admis par presque tous que l'hallucination peut succéder à l'obsession et faire partie de la symptomatologie du syndrome. Le malade que nous présentons en est un exemple.

Observation. — Marcel G., âgé de 51 ans, est un homme effacé, chétif, pâle, souriant, à la voix douce et puérile. Il se fait cependant remarquer par sa mise, le port de cheveux longs et de barbe absolument incultes et par son attitude : il répond avec complaisance quand on lui adresse la parole, mais il demeure habituellement isolé, méditant et émettant par instants des bruits bizarres buccaux, laryngés ou nasaux, dont l'explication nous est donnée par son histoire.

De l'obsession à l'hallucination. — Marcel a toujours été un obsédé qui se perdait en des agitations stériles, correspondant à divers sentiments d'incomplétude : les produits alimentaires qu'il vendait n'étaient jamais assez bons, il ne voulait servir que de la première qualité, ceci le conduisit à poursuivre des études désordonnées de la « flore comestible des colonies », de la « bromatologie ». S'il entamait un lot de conserves il en faisait goûter des échantillons à ses

clients, etc... Il était extrêmement soigneux, consciencieux de propreté, c'est ainsi qu'il prenait toujours des « précautions élémentaires » ne buvant que dans un verre personnel, se coiffant avec un peigne métallique flambé ; mais comme il ne lui était pas toujours possible d'observer ces précautions en raison du temps considérable qu'il passait en agitations stériles, il en vint à vivre dans une incurie affreuse, ne se lavant plus, portant les cheveux et la barbe entiers et brûlant son linge qui était si sale qu'il n'osait le faire blanchir.

Ce souci de la propreté physique qui le conduisit à l'incurie s'accompagnait d'un souci de propreté morale, il redoutait tout ce qui pouvait être contraire aux bonnes mœurs, tout ce qui pouvait avoir un caractère quelconque d'obscénité. Bien qu'il eût, selon ses dires, quelques aventures sentimentales purement verbales, il resta vertueux et réservé au point que l'on peut parler ici *d'apragmatisme sexuel.*

Il y a deux ou trois ans (l'époque du trouble initial ne peut être fixée par le malade), il remarque certaines tendances perverses chez des enfants. Il rencontre ceux-ci dans son immeuble et surtout à l'église où il va fréquemment pour tourner les pages de l'organiste le dimanche et les autres jours pour tenir l'harmonium qui accompagne les cantiques chantés par les enfants ; parfois il leur faisait réciter leurs prières ou leur catéchisme, jouant ainsi de sa propre initiative le rôle de répétiteur bénévole. Il remarque alors que certains passages de prières et de cantiques prêtent à des équivoques obscènes et grossières ; il remarque que certains enfants modifient les paroles pour les détourner de leur sens, et une véritable lutte s'engage entre lui et ces enfants pervers. Quand il accompagne leurs chants, il essaie de les dérouter en modifiant brusquement l'air : « vous mettez une note différente, dit-il, et celui qui est le plus surpris, le plus dérouté, c'est celui qui chante des choses pas correctes. » Il reconnaît ainsi ceux qui, en introduisant des « intercalaires », essaient de gâcher la « pureté de phrase » musicale. Quand les enfants lui récitent une prière, de crainte qu'ils ne fassent un jeu de mots grossier, il les interrompt brusquement : ainsi, dans *l'Ave Maria,* il ne laisse pas arriver aux « mère de Dieu » qui prêtent à équivoque.

Dans son immeuble il remarque que des enfants, qui jusque là étaient bien élevés, se mettent à tenir des propos « au-dessus de leur âge » de signification obscène ; en fait il est difficile de faire préciser ces propos, d'abord attribués aux enfants qui passent, puis entendus dans la cage de l'escalier ; on dit à une petite fille de douze ans : « si tu avais dix-huit ans, tu t'émanciperais », ce qui est fort inconvenant.

Aux illusions succèdent de véritables *hallucination auditives verbales.* En 1930, le père du malade, victime des persécutions d'un certain monsieur H..., colocataire de l'étage supérieur avait été insulté et même frappé ; ses protestations ne firent qu'entraîner son internement, et notre malade demeure d'autant plus persuadé du bien-fondé des idées délirantes de son père qu'il ressent, après plusieurs années, les mêmes phénomènes.

Le persécuteur, Monsieur H., est un personnage considérable puisqu'il est « chef d'îlot », il est brutal, grossier et vulgaire. Il est craint mais non pas haï : notre malade ne veut pas l'accuser hors de sa présence ; il trouve même des explications sinon des excuses à sa conduite particulière.

Les phénomènes consistent en hallucinations auditives verbales, hallucinations olfactives et de la sensibilité. Il n'y a pas d'hallucinations psychomotrices.

Les hallucinations auditives verbales. — Elles sont nettement caractérisées : « pendant que je suis en train de travailler, dit-il, j'entends « ces propos, très nets, perçus par les oreilles, comme des paroles à « mi-voix. »

Au début, ce sont des propos plaisants, des « galéjades » que M. H. conte avec l'accent méridional et qui amusent le malade mais, bientôt, de grivois ces propos deviennent obscènes et obsédants. Ils poursuivent notre malade qui en est gêné dans son travail ou son sommeil : il se déplace dans son appartement mais les propos recommencent. En outre, il entend des menaces : il craint de recevoir des coups, d'être envoyé à l'asile comme le fut son père. M. H. tient avec des complices des conversations où il explique les étranges procédés qu'il emploie pour ne pas être soupçonné.

Puis, à ces propos s'ajoutent des *jeux syllabiques* obsédants. Seul ou aidé de complices qui furent d'abord ses victimes, le persécuteur se livre à « l'accrochage des syllabes ». Au moyen de certaines syllabes « dures et accrochantes » qui sont communes aux divers mots, il accroche aux propos du malade ou à ses pensées des trains de syllabes qui composent des mots de signification obscène ou injurieuse.

Si l'on demande au malade des exemples de ces « accrochages » il ne peut en donner d'authentiques autant par sentiment de pudeur que par diffluence de la pensée. Aussi ne donne-t-il que des exemples imaginés par lui pour la démonstration : « ...avec son *ic* il accroche « toutes les phrases qui forment crochet et on entend des grossiè- « retés du 1er au 6^{e} étage. Il commande par exemple : toi tu mettras « *ic* et toi tu mettras *igr*, ça fait *x y z*, accrochage qui est traditionnel. »

Les syllabes « dures et accrochantes » s'enchevêtrent : ainsi *abracadabra* s'enchevêtre par accrochage pour donner *abricot*. Ces exemples sont pauvres et ne donnent pas une idée nette du phénomène syllabique qui est loin d'être aussi neutre.

Ces déformations s'attachent, en effet, à ce que le malade aime et respecte le plus : « s'il passe un chien ou une chienne il décroche la « syllabe *sienne* (prononciation méridionale de chienne) de *sainte* « *Catherine de Sienne* et il continue sa phrase : sa chienne a été avec « tel ou tel *chien* dans la journée. Puis il se tourne et décroche le « *sien* et construit une autre phrase où interviennent le *cien* de mon

« cousin *Lucien.* » Ainsi se trouvent mêlés dans une promiscuité offensante la sainte, le cousin, les chiens et leurs débordements.

Ces phénomènes qui intriguent le malade et l'intéressent au point qu'il suivit des cours de phonétique pour mieux les comprendre, ont un caractère de *parasitisme :* quand il parle, des trains de syllabes s'accrochent sur les « syllabes dures et accrochantes » des mots qu'il prononce. Quand il joue de l'harmonium, ce qu'il faisait pendant trois heures chaque jour, M. H. chante des chansons obscènes : « Ursule... tu brûles... » Le parasitisme est gênant mais ne détermine pas chez le malade de fortes réactions affectives bien qu'il se soit résolu à prier le chef d'îlot d'aller chanter « ses horreurs à la campagne ».

L'explication délirante des jeux syllabiques. — Elle a pris chez ce malade une extension considérable. Elle peut être résumée en plusieurs principes ou postulats.

L'accrochage des syllabes : les syllabes dures ou accrochantes se « contraventionnent », c'est-à-dire s'enchevêtrent, ce sont des syllabes qui forment crochet alors que les voyelles, l'o en particulier, « donne une impression lisse » ; ces syllabes ont une « force délirante» .

L'enregistrement des syllabes peut se faire sur toute surface ou objet rugueux et de texture adéquate à condition de « marteler les syllabes à dents fortes et serrées ». Le « martelé sur syllabes » peut être ainsi enregistré à l'envers, en inversant les phonèmes et reproduit comme par un phonographe au moyen d'un faible « martèlement ». Les phonèmes ainsi enregistrés font, en se « décontraventionnant », les bruits indéterminés. M. H. se sert, pour l'enregistrement, des cylindres de papier appelés « mannequins de police », ce qui lui permet de se soustraire aux vérifications, les propos obscènes pouvant être entendus en son absence.

Le stock syllabique est commun à tous et quand l'un use d'un phonème, celui qui en a besoin à ce moment éprouve une hésitation ou une interruption de son discours, il est « handicapé ».

Les syllabes ont une valeur universelle, elles représentent tous les bruits possibles : celui du train qui roule et des résonances que lui donnent les régions qu'il traverse, comme celui de l'homme qui digère ou respire.

La puissance magique des syllabes permet, par leur entremise, d'agir à distance sur les êtres ou les choses, de communiquer des ordres. Enfin le malade construit une cosmogonie syllabique car il admet les communications interstellaires entre initiés et l'existence d'êtres surnaturels appelés guide-trains. qui préviennent des accidents de chemin de fer.

L'examen du fond mental montre chez ce malade un certain affaiblissement intellectuel et un certain degré de dissociation.

Marcel était considéré généralement comme un « faible d'esprit » incapable d'une activité pratique et qui menait une vie bizarre entre

ses parents. Il n'y a pas chez lui de débilité mentale à proprement parler. Au point de vue scolaire, il obtint son certificat d'études primaires à l'âge de douze ans, puis il suivit pendant deux ans des cours complémentaires. Des notions acquises à ce moment il a conservé une aptitude à résoudre des tests comme celui de l'horloge de Rignano, ce qui montre que le raisonnement sur des données anciennes est encore remarquablement juste. Par contre, il semble qu'à partir d'un certain moment il y ait eu un affaiblissement des facultés intellectuelles, en particulier de la mémoire et du jugement. Cet affaiblissement semble être apparu en même temps que des tendances au rationalisme morbide et à la dissociation.

Le rationalisme morbide se traduit chez Marcel par un auto-didactisme inutile dont il ne conserve rien. Pour se « perfectionner » dans le commerce de l'alimentation, il étudie la pomologie, la bromatologie, la flore comestible de Madagascar ; il suit au Muséum des cours dont il est parfois l'unique auditeur. Depuis dix ans il a étendu son activité et il écoute des cours de radiologie, d'astronomie physique, d'arboriculture fruitière, des conférences de clinique médicale, des concerts d'orgues, retrouvant à ces diverses manifestations d'autres psychopathes avec lesquels il échange des idées générales.

La tendance à la dissociation fait que, malgré cet effort de rationalisation, il ne fixe pas, il n'acquiert rien, il accumule des notes qu'il se propose d'étudier un jour. Des cours de radiologie qu'il suivit assidûment durant trois années, il n'a conservé aucune notion ; de l'astronomie, il retient que la planète Mars doit être habitée intérieurement ; ses connaissances en matière d'aliments se bornent à quelques recettes ou « trucs » de sa profession d'épicier ; il en est de même de sa science musicale. Cette dissociation et cette tendance à la rationalisation ont enfin trouvé dans le délire leur expression maxima et l'étude de la phonétique a couronné son activité scientifique : il en a retenu la valeur universelle des phonèmes, la toute puissance magique de la syllabe et le pouvoir illimité que donne aux initiés l'articulation verbale. La désagrégation explique la phraséologie bizarre du malade, le caractère souvent impénétrable de ses propos qui correspondent à une pensée primitive envahie par des phénomènes perceptifs étranges et des explications pseudo-scientifiques niaises et diffuses.

Dans les antécédents, on note une hérédité psychopathique paternelle et maternelle : le père est mort urémique après avoir été interné pour un délire de persécution ; du côté maternel, le grand-père et un oncle sont morts internés.

L'examen physique montre un aspect chétif avec maigreur, un faible développement musculaire, une cyphose légère. Il n'y a rien de particulier à noter en dehors d'une forte myopie avec astigmatisme et inégalité pupillaire.

Ce malade a d'abord été un obsédé psychasthénique : nous avons vu que son état extraordinaire d'incurie est en rapport avec des préoccupations obsédantes de propreté. A ce point de vue, il évoque un malade présenté il y a deux ans par M. Courbon (1) devant cette Société et dont l'incurie répondait à la même motivation phobique.

Mais parmi les obsessions qu'il présente, ce sont les phénomènes verbaux qui tiennent la première place. Il est intéressant de noter ici le passage de l'obsession à l'hallucination. L'obsession est constituée par la crainte que le malade éprouve d'entendre des mots obscènes ou blasphématoires, et son attention est attirée par les équivoques qui résultent de la décomposition syllabique de certains mots. Il s'agit d'une obsession surtout idéative : à l'idée que l'on peut fragmenter les mots pour les détourner de leur sens, il attache en même temps qu'un sentiment de répulsion, un besoin de constante recherche. C'est alors qu'il lutte contre les enfants qui seraient tentés de déformer les cantiques ou les prières en éprouvant le besoin irrésistible de vérifier qu'ils ne se laissent pas aller à ces jeux dangereux. Cette « *manie* » le conduit à analyser phonétiquement, non seulement les mots perçus distinctement, mais encore les bruits confus de conversation et même les bruits élémentaires dont les combinaisons forment des trains de syllabes.

L'hallucination qui survient ensuite est la réalisation de l'obsession. A force de chercher à entendre les mots redoutés, le malade finit par percevoir des groupes de syllabes de signification obscène ou blasphématoire. C'est le passage de la représentation obsédante à l'hallucination. Le contenu conserve d'ailleurs certains caractères de l'obsession : c'est ce que le malade respecte le plus qui est mêlé aux obscénités, par une sorte de « jeu des combles » hallucinatoire.

Les hallucinations auditives verbales se mêlent aux obsessions qui subsistent avec des caractères particuliers : Marcel est poussé à décomposer en syllabes tous les bruits qu'il perçoit, mais depuis l'apparition des hallucinations le contenu des obsessions est plus neutre. Elles sont réduites à un jeu obsédant, comme si la charge affective de l'obsession s'était reportée sur l'hallucination qui en représente la réalisation. On est en droit de supposer que cette transformation progressive est en rapport avec le phénomène psychologique de l'habitude. L'obsession,

(1) P. Courbon et Ch. Buvat-Pochon. — Aboulie psychasthénique. *Soc. Méd.-psychol.*, 10 fév. 1938.

répétée indéfiniment sous la même forme, crée une habitude, de plus en plus automatique, habitude qui a peut-être, ici, entraîné peu à peu la conviction morbide.

Le passage de l'obsession à l'hallucination prend chez ce malade une forme particulière : l'obsession hallucinatoire devient progressivement une hallucination obsédante.

Comme l'avaient montré Gilbert Ballet, Séglas, ces phénomènes doivent être rapprochés de l'onomatomanie dont ils constituent en quelque sorte la forme hallucinatoire. Ces jeux verbaux obsédants doivent être également rapprochés d'un fait beaucoup plus général, le mode de raisonnement par assonance, dont ils sont un aspect hallucinatoire.

L'examen du fond mental montre une tendance à la dissociation se traduisant par une désadaptation de plus en plus marquée, et nous supposons que c'est la désagrégation progressive que présente ce malade, qui explique la succession des phénomènes d'obsession hallucinatoire et d'hallucination obsédante.

La séance est levée à 12 heures 10.

Le secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 3 avril 1941

Présidence : M. VELTER, président

Hémiatrophie faciale et maladie de Basedow associées, par MM. J. Decourt, Audry et Blanchard.

Les auteurs présentent une malade de 38 ans ayant une maladie de Basedow typique et une hémiatrophie faciale, linguale et vélopalatine du côté droit. Cette association ne paraît pas être une simple coïncidence, car on retrouve dans la littérature médicale quelques autres observations d'hémiatrophie faciale associée à un syndrome basedowien ou à un myxœdème. Il y a peut-être lieu d'invoquer à l'origine de cette association des lésions des formations neuro-végétatives du diencéphale. Les auteurs rapprochent de leur observation les cas de syndromes basedowiens ou myxœdémateux associés à un syndrome parkinsonien ou à une lipodystrophie du type Barraquer-Simons.

L'ouverture de la corne sphénoïdale dans le traitement de l'hydrocéphalie, par MM. Le Beau et Daum.

Pour que cette technique, mise au point par Cushing, réalise pleinement son but, il est important de fixer les deux lèvres de l'ouverture à la duremère pour assurer la béance. Dans l'hydrocéphalie sans tumeur et en particulier congénitale, la mortalité immédiate est faible, inférieure à celle de l'ouverture du plancher du 3e ventricule. Dans l'hydrocéphalie avec tumeur, les résultats peuvent être bons et les auteurs en rapportent 3 cas chez des malades atteints de tumeurs épiphysaires et cérébelleuses.

Pupillotonie, aréflexie tendineuse généralisée, crises gastriques ; problèmes posés par l'absence d'étiologie syphilitique, par M. J. SIGWALD.

M. J. Sigwald, après avoir rappelé les arguments invoqués en faveur de l'origine syphilitique de certains cas de syndrome d'Adie, rapporte une observation d'aréflexie généralisée au cours de laquelle il observa l'installation de pupilles toniques bilatérales ; il existait en outre des signes sensitifs subjectifs et objectifs, en particulier des crises gastriques.

La recherche de la syphilis par l'interrogatoire, l'examen clinique et de nombreux examens biologiques fut complètement négative. Notant le contraste entre l'aréflexie généralisée et l'absence de troubles nets de la sensibilité profonde, l'absence d'autres signes de tabes, M. J. Sigwald considère la crise gastrique comme un symptôme de radiculite dorsale et admet que l'étiologie capable de provoquer un pseudo-tabes pupillotonique peut léser les racines dorsales et entraîner ce symptôme.

Un cas de paraplégie scoliotique,
par MM. André THOMAS, PUECH et OBERTHÜR.

Les auteurs rapportent l'observation d'un sujet ayant une scoliose depuis l'âge de 7 mois, et chez qui apparurent à 15 ans des douleurs, puis une paraplégie spasmodique avec troubles sphinctériens et dissociation syringomyélique remontant jusqu'en D7. Le lipiodiol s'arrêtait au niveau de la 8e dorsale.

Une laminectomie montra que la moelle ne battait pas et était pâle ; la dure-mère fut laissée ouverte. Très vite les troubles sensitifs et sphinctériens disparurent et la marche s'améliora ; au bout de 2 ans, elle est normale.

Dans les paraplégies scoliotiques, la moelle n'est pas resserrée dans le canal qui n'est pas trop étroit ; la compression est exercée par la dure-mère tendue sur la face postérieure de la moelle et écrasant les vaisseaux ; d'où la nécessité de ne pas suturer la dure-mère. Les lésions spinales des scoliotiques ne sont pas rapidement destructives, mais il ne faut cependant pas trop différer l'intervention.

Syndromes encéphaliques vraisemblablement phlébitiques,
par MM. ROUSSY, HUGUENIN et SARACINO.

Les auteurs rapportent deux cas de syndromes encéphaliques qui semblent révélateurs de phlébite cérébrale.

Une femme de 52 ans présente de la céphalée avec fébricule et polynucléose sanguine, des troubles psychiques importants, de l'aphasie, de l'apraxie et de l'alexie, sans troubles oculaires ou moteurs périphériques ; ultérieurement apparurent des phlébites des membres inférieurs ; la malade guérit.

Le second cas est celui d'une femme qui, au cours d'une septicémie veineuse quadriplégique, présenta des signes de tumeur cérébrale avec céphalée, nausées, hémiparésie progressive, syndrome cérébelleux ; cette malade guérit également.

De tels syndromes sont sans doute plus fréquents qu'on ne le croit.

Dégénération spinocérébelleuse, par MM. Monier-Vinard et Tiret.

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 68 ans chez qui évolue depuis 15 ans de façon insidieuse un grand syndrome cérébelleux d'abord limité aux membres inférieurs ; la force musculaire est normale ; les réflexes tendineux sont tous abolis ; le signe de Babinski existe des deux côtés ; il n'y a pas de douleurs ni de paresthésies ; la sensibilité superficielle est normale, mais il y a quelques troubles de la sensibilité profonde ; on note enfin un syndrome de Parinaud. Ce tableau se rapproche de celui des atrophies cérébelleuses ; l'abolition des réflexes a été sigalée dans quelques cas.

Troubles trophiques des extrémités des membres inférieurs ; leurs rapports avec la syringomyélie lombo-sacrée et l'état dysraphique, par M. Ch. Ribadeau-Dumas.

M. Ch. Ribadeau-Dumas rapporte l'observation d'un homme de 52 ans chez qui évoluent depuis 30 ans des troubles trophiques symétriques importants des extrémités des membres inférieurs (maux perforants, ostéolyse des métatarsiens, troubles cutanés et des phanères) avec troubles vaso-moteurs et, dans le même territoire, abolition des réflexes tendineux, troubles de la sensibilité superficielle aux trois modes et de la sensibilité profonde. Il s'agit sans doute d'un syndrome voisin de la syringomyélie lombo-sacrée ; peut-être est-ce une manifestation de l'état dysraphique ; l'existence d'une lombalisation du 1er arc sacré permet de discuter cette hypothèse.

Les manifestations oculaires dans les traumatismes craniens récents, par MM. Garcin et Guillaume.

MM. Garcin et Guillaume signalent l'existence, au cours de certains comas profonds post-traumatiques, d'oscillations pendulaires horizontales des globes qui peuvent se limiter aux moitiés homonymes du champ visuel, étant alors en rapport avec une déviation conjuguée du même côté ; le pronostic de ce symptôme n'est pas nécessairement fatal.

L'anisocorie est rare dans les traumatismes craniens (21 cas sur 138 traumatismes observés en majorité dans les 24 heures) ; une anisocorie modérée souvent transitoire peut s'observer dans les contusions et commotions simples ; mais une mydriase importante, unilatérale et durable, et surtout une mydriase unilatérale qui apparaît rapidement dans les heures qui suivent le traumatisme et progresse d'heure en heure avant de se bilatéraliser est un signe de localisation non négligeable (elle siège du côté de la lésion), mais rarement rencontré. Une certaine dilatation pupillaire unilatérale, dont la valeur localisatrice n'est pas absolue lorsqu'elle est modérée, n'a qu'un intérêt secondaire par rapport aux autres données cliniques et surtout à celles des méthodes d'exploration neuro-chirurgicales. L'anisocorie est exceptionnelle dans les hématomes extra-duraux, plus fréquente dans les hématomes sous-duraux ; dans un cas, elle a disparu aussitôt après l'évacuation de l'hématome, ce qui donne à penser qu'une compression par l'hématome peut intervenir à côté d'autres facteurs dans son déterminisme.

Sur un cas de zona cervical extensif,
par M. J. Lhermitte et Mme Bussière de Robert.

Les auteurs rapportent l'observation d'un vieillard qui présenta un zona de C3, C4, C5, puis une éruption dans la conque de l'oreille homolatérale avec hypoacousie et paralysie faciale ; un mois plus tard, survint une kératite neuro-paralytique très grave, et enfin un diabète insipide. On a pu suivre ainsi le proecssus zostérien de la moelle au tronc cérébral, jusqu'au plancher du 3e ventricule.

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance spéciale du 24 Mai 1941
consacrée aux
troubles mentaux observés à l'occasion de la guerre

Présidence : M. A. LEROY, président

Les psychoses confusionnelles de guerre et leur traitement par l'insuline, par MM. H. Baonville et J. Titeca.

Les événements de mai 1940 ont déterminé de nombreux cas de troubles mentaux dans la population civile, laquelle eut au moins autant que les combattants à souffrir des horreurs de la guerre. Chez beaucoup de prédisposés on a vu se produire des accès aigus le plus souvent maniaques ou mélancoliques, dans l'apparition desquels les événements semblent n'avoir joué que le rôle de eause occasionnelle.

Plus intéressante à signaler est la fréquenee des cas de confusion mentale aiguë, dont dix exemples typiques furent observés au Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles, au cours des trois dernières semaines de mai 1940.

Il s'agissait de sujets jeunes, le plus souvent de sexe féminin, indemnes d'antécédents psyehopathiques dignes d'être notés, et ehez lesquels les troubles psychiques se produisirent hrusquement à la suite d'une violente émotion, sans cependant que ces malades eussent été directement blessés ou même commotionnés. Au début, ils se présentaient comme de grands anxieux; mais dès le deuxième ou le troisième jour le tableau clinique se complétait par l'apparition de symptômes confusionnels : recrudescence de l'agitation, fièvre élevée, déficience progressive de l'orientation et dc la mémoire, obtusion intellectuelle et refus d'alimentation. Dans trois cas, l'affection se termina par le décès en hyperthermie.

L'emploi des sédatifs habituels, même à fortes doses, s'avéra inefficace contre l'agitation dans ces syndromes confusionnels aigus. Les traitements anti-infectieux et les injections d'extraits hépatiques et de vitamines se montrèrent le plus souvent aussi impuissants à enrayer l'évolution fatale de l'affection.

Seules les injections d'insuline à doses subcomateuses, répétées plusieurs fois par jour, parurent avoir une action réellement utile. Rapidement, en effet, l'agitation se calmait, en même temps que le malade recommençait à se nourrir spontanément et que la fièvre disparaissait.

Bien que leur expérience ait été limitée, les auteurs insistent sur le fait que les trois premiers malades qu'ils ont traités par les méthodes anciennes sont tous trois décédés, alors que les sept autres chez lesquels le traitement insulinique fut instauré échappèrent tous à la mort : trois guérirent en deux à six semaines et quatre furent transférés dans d'autres cliniques à un moment où leur vie n'était plus en danger.

Appréciation statistique sur l'influence de la guerre sur l'apparition des psychoses, par M. R. Dellaert.

L'auteur a établi de nombreux graphiques relatifs au mouvement des malades dans la section psychiatrique de l'hôpital Stuyvenberg à Anvers, avant, pendant et après la guerre de 1914-1918. Ceux-ci démontrent une recrudescence très passagère pendant les premiers mois, puis une diminution progressive des admissions au cours des années de guerre, surtout en ce qui concerne les hommes. Il envisage séparément les deux sexes, les premières admissions et les réadmissions, les cas aigus et les malades tranquilles, les psychoses syphilitiques.

L'étude de la période d'après-guerre démontre que la courbe suit celle de l'opulence, et retombe avec la crise économique.

L'augmentation passagère des admissions au début de la guerre résulte du grand nombre de traumatismes affectifs qui se sont produits à ce moment. L'énorme diminution des cas de psychoses au cours des années suivantes doit être interprétée, à la lumière des données d'après-guerre, comme le résultat de la simplification de la vie et surtout de la diminution forcée de la consommation de l'alcool, qui reste de façon directe ou indirecte un des plus grands ennemis de l'équilibre psychique.

Les troubles mentaux en temps de guerre, par M. R. Baudoux.

A la clinique psychiatrique universitaire de Bruxelles, on a enregistré une augmentation considérable des admissions au cours du premier mois de guerre. Il s'agissait de rechutes chez des prédisposés, de psychoses anxieuses et de psychoses confusionnelles. Celles-ci atteignaient des sujets relativement jeunes, confus d'emblée ou d'abord anxieux et évoluant secondairement vers la confusion. Ces cas présentaient un caractère de gravité exceptionnelle avec souvent une issue fatale. Dans d'autres cas les malades présentaient des alternatives brusques d'agitation maniaque typique succédant sans transition à l'agitation anxieuse, et dont l'aspect clinique était très différent de ce qu'on observe dans la cyclothymie. Au cours des mois suivants, le nombre des admissions a considérablement diminué.

Nouvelle thérapeutique en psychiatrie, par M. A. Leroy.

L'auteur a continué à expérimenter le Dagénan dans divers cas de maladies mentales avec agitation, notamment dans certaines psychoses de guerre. Il estime que ce médicament peut rendre de grands services, surtout dans les cas s'accompagnant d'agitation maniaque. La cure doit parfois être terminée par quelques chocs convulsivants au pentaméthylènetétrazol.

Paralysie générale apparue brutalement à la suite d'une commotion de guerre, par M. L. Descamps.

Un sujet auparavant bien portant présenta, à la suite d'une commotion dont la nature exacte n'a pu être précisée, un tableau clinique qui fut d'abord celui de la psychose commotionnelle pure et qui évolua ensuite vers un syndrome atypique de paralysie générale. Il s'agissait d'un syphilitique tertiaire chez lequel la méningo-encéphalite s'est développée à la faveur du traumatisme, et dont le caractère particulier réside dans le fait que la symptomatologie mentale est restée intermédiaire entre les deux syndromes.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Le service social en psychiatrie, son application à la Clinique psychiatrique de l'Université d'Alger, par Eliane Demassieux (1 brochure in-8°, 66 pages, *Thèse* Alger 1941).

Après avoir rappelé l'utilité aujourd'hui incontestée et la place du service social dans l'assistance psychiatrique, Mlle Eliane Demassieux passe rapidement en revue son organisation et son développement en France et hors de France. Elle montre comment, sur l'initiative du Professeur Porot et conformément au rapport établi en 1924 par une Commission présidée par le Doyen Jean Lépine, de Lyon, furent organisés en Algérie l'Assistance psychiatrique et le Service social annexe.

Si un Dispensaire d'hygiène mentale est assurément le complément nécessaire d'un hôpital psychiatrique comportant des services « ouverts » ou des services mixtes, l'assistante sociale est un rouage important de cet ensemble. Son rôle, multiple, consiste à faire des *enquêtes sociales* et des vérifications, à servir d'agent de *liaison* entre les malades et les familles, à préparer le retour du malade dans sa famille quand son état le permettra et à assurer ainsi le *reclassement* social, à surveiller aussi le malade après sortie d'essai ou sortie définitive (rôle de *tutelle*). Après avoir classé ainsi les fonctions des assistantes sociales, l'auteur exprime le vœu que leur rôle soit « officialisé » et qu'en « assermentant » ces assistantes sociales, on les emploie à remplacer pour les enquêtes administratives des agents parfois indiscrets et trop souvent incompétents.

Mlle Eliane Demassieux insiste à juste titre en terminant sur l'importance pour le reclassement social des *Comités de Patronage*. On pourrait citer en exemple les excellents résultats obtenus avec des moyens cependant insuffisants par l'*Œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents* qui sortent convalescents des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Cette œuvre, fondée à Paris par Falret, et reconnue dés 1849 comme établissement d'utilité publique, est confiée aux très dévouées Religieuses de Notre-Dame du Calvaire (de Gramat). Elle est actuellement présidée et remarquablement administrée par le Dr Vignaud qui a succédé dans ce poste à René Semelaigne et á Arnaud. Son action mériterait d'être encouragée et imitée.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Les usages du langage, par André OMBRÉDANE, Directeur-adjoint à l'Ecole des Hautes-Etudes (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 183. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Dans la fonction du langage, il faut distinguer des usages différents et dans l'accommodation des usages du langage se manifeste le concours perpétuel de deux tendances opposées : d'une part, tendance à la stylisation du spontané par procédé ; d'autre part, tendance á la dégradation du procédé qui retombe au déterminisme par la situation.

L'*usage affectif* est le plus primitif et le mieux consolidé de ces usages du langage que l'adulte met couramment en jeu dans des proportions variables ou même tous à la fois. Il tire son origine de l'expression spontanée des émotions ainsi que des gestes par lesquels se préparent et s'ébauchent les actions. La reproduction artificielle de ces gesticulations constitue la mimique. Comme il y a dans l'expression spontanée des éléments que le sujet ne peut mettre volontairement en action, l'expression volontaire diffère dans son détail de l'expression spontanée. L'usage affectif du langage oral se manifeste principalement : 1° par la modulation de la voix et par le rythme du débit ; 2° par des usages dégradés de la langue et par des agrammatismes.

L'*usage ludique* apparaît de bonne heure, dés la période des lallations. Le jeu de la répétition rythmée évolue vers le jeu de la répétition des phonèmes émis par l'entourage. Plus tard, les jeux du langage apportent le plaisir d'une activité libérée des contraintes. Comme l'usage affectif, l'usage ludique du langage peut être déterminé par la situation ou par procédé. Dans les techniques de l'usage ludique du langage par procédé se retrouvent les phénoménes que libére le moindre effort, des effets d'assimilation, de répétition, de stéréotypie analogues á ceux dont est tissée la litanie ludique, sans sous-entendus, de l'enfant.

L'*usage pratique* du langage a pour effet de faciliter l'action. Il est caractérisé par la réduction des éléments représentatifs au strict minimum et par le développement au maximum des éléments suggestifs, excitateurs et inhibiteurs. Dans le langage elliptique, le sens est assuré par la situation. Il est remarquable que le langage pratique se retrouve dans l'activité de l'individu isolé.

L'*usage représentatif* se développe en raison inverse de l'attitude pratique, c'est-à-dire de la disposition á réagir immédiatement á la situation. Ce qui, dans l'action, est supposé connu, immédiatement fourni par les péripéties de l'action, doit être, ici, donné par le langage. Le langage représentatif

s'oriente dans deux directions divergentes, vers la figuration et vers l'allusion (qui en constitue l'essentiel). A la servitude du langage figuratif s'oppose la liberté du langage allusif qui représente moins la chose nue que la chose intégrée dans un système de catégories.

L'*usage dialectique* du langage, éminemment abstrait, peut être entendu comme un usage formel qui ne se soucie pas tant de décrire que de faire et défaire des combinaisons symboliques. L'algèbre est la plus belle illustration de cet usage. Il s'agit moins ici d'une représentation qu'il faut exprimer que d'une expression qu'il faut représenter.

La distinction des usages du langage permet de résoudre certaines énigmes de l'aphasie. Si l'on peut admettre, avec Jackson, que la maladie ne crée rien, qu'elle dégrade un édifice évolutif de fonctions, qu'elle libère seulement des fonctions de niveau inférieur, il faut encore déterminer à quelle différence fonctionnelle tiennent la facilité des usages inférieurs et la difficulté des usages supérieurs du langage. L'analyse faite ici par M. André Ombrédane permet de saisir et d'incriminer les différences mesurables d'intégration chronologique des processus neuro-psychiques, ce qui réduit l'aphasique à n'être capable que d'actions intellectuelles de court-circuit.

René Charpentier.

Psychologie et philosophie, par Dominique Parodi, Inspecteur général de l'Education nationale (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre Janet, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses ses amis et ses disciples, page 199. Edition d'Artrey, Paris 1939).

Science positive et spéciale sous l'un de ses aspects, la psychologie reste, bien plus directement et intimément que n'importe quelle autre discipline, philosophie et même métaphysique. Elle est le lieu de rencontre et comme le point d'attache de la pensée et de l'être, de l'objet et du sujet. Elle a pour matière propre le rapport de l'un à l'autre, l'influence de l'un sur l'autre, la transformation de l'un dans l'autre.

Un fait psychologique serait un phénomène considéré sous la double face de l'externe et de l'interne, et dans le rapport de l'une á l'autre, un fait qui n'est conçu comme réel et objectif, comme « donné » qu'en tant qu'il se présente ou peut se présenter á la conscience. L'opposition même de l'externe et de l'interne mérite d'être soumise á l'analyse, l'externe n'existant pour nous qu'en tant que senti ou pensé comme tel.

Tandis que les autres sciences considérent le contenu solidifié et objectivé de nos états de conscience, la psychologie étudie le rapport même entre l'externe et l'interne, le représentatif ou l'objectif, et le cœnesthésique ou l'affectif. Ce qui la concerne, ce sont nos actes, nos sentiments ou nos connaissances considérés comme ayant leur source dans nos tendances et nos instincts.

Aussi la conception la plus satisfaisante et la plus profonde de la psychologie comme science positive et autonome, est-elle celle de M. Pierre Janet, qui en fait la science des « conduites », notion singuliérement significative et profonde. Elle affirme, même si le savant en tant que tel se refuse à l'examiner, le problème métaphysique des rapports du sujet et de l'objet, qui est en somme la donnée propre de la psychologie.

René Charpentier.

Nombre et quantité, par Edouard PICHON, médecin des hôpitaux de Paris (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples page 205. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Ce qu'il y a de spécifiquement humain dans notre pensée, écrit le regretté Dr Edouard Pichon, c'est de s'être forgé l'outil langage et d'en user. Sans le mot, l'idée, à l'échelle humaine, n'aurait pas d'individualité. Elle est née avec lui. Chacun des idiomes humains constitue un système propre de pensée lingui-spéculative, ayant son organisation logique autonome. Le système de pensée-langage, schème général où s'encadrent les réactions individuelles, est le fruit de la réaction historique d'un peuple sur l'idiome qui lui avait été donné à l'origine par tradition ou par emprunt.

Par son comportement vis-à-vis des nombrants, la grammaire nous indique que, dans la psychologie idiomatique française, le nombre est une qualité de groupe, essentiellement plurielle, inapplicable aux membres du groupe. 1 n'est pas un nombre, mais le matériel avec quoi s'édifie le nombre, collection d'individus vus seulement comme tels et du dehors.

Ce qui définit le « nombre quantisé » des mathématiques, c'est sa constitution par rapport à 1. Mais la conception du nombre quantisé est loin d'être irréductible pour l'esprit. De l'idée de nombre à l'état pur, toute idée d'égalité est absente. La valeur quantitative n'est pas plus considérée pour la numération que n'importe quelle autre qualité individuelle. La quantité pure, comme telle, est irréductible au nombre. Pour arriver au « nombre quantisé » des mathématiques, il faut profiter de la propriété commune du nombre et de la quantise, l'addibilité, et faire intervenir « l'unité de mesure » plus adéquatement nommée « individu mensuratoire ». Alors que l'individu réel avait de l'unité, était un par nature, l'individu mensuratoire n'est un que par définition, par commodité algorithmique.

Quantité et nombre, alliés en une symbiose comparable à celle de la discordance et de la forclusion dans la négation française, acceptent un commun système de référence dont l'origine est 1. Pourtant 1 lui-même n'est pas un nombre, mais ce qui subsiste quand la notion numérative est dépouillée de nombrance effective.

La fixation arbitraire d'individus mensuratoires fut la solution pratique venue à l'esprit des hommes. La quantité n'est pas le nombre, mais seulement une plénitude évaluable par un nombre à partir du moment où l'on a posé tout individu 1 comme toujours quantitativement égal à tout autre individu 1. Si donc on retrouve la quantise dans le nombre, c'est parce qu'on l'y a introduite soi-même.

René CHARPENTIER.

Papillotement, persistance, persévération, par Henri PIÉRON, professeur au Collège de France (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre JANET, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 217. Editions d'Artrey, Paris 1939).

Partant d'une technique imaginée il y a 40 ans par M. Pierre Janet pour déterminer les fréquences critiques de fusion visuelle dans l'hystérie, dans les états de dépression, dans les abaissements de tension, M. Henri Piéron

a fait construire des appareils, entrepris et dirigé des recherches qui montrent l'intérêt d'utiliser, comme M. Pierre Janet, une telle épreuve pour l'étude de la personnalité.

M. Henri Piéron rappelle ici les intéressants résultats déjà obtenus par la mesure de la persistance rétinienne et de ses variations, en particulier dans les états de dépression, par l'étude de la persévération et des rythmes apparents des papillotements. Ces résultats semblent bien indiquer des influences cérébrales assez nettes sur les processus de fusion visuelle. Sans oublier que l'œil est déjà un centre nerveux — le nerf optique étant l'homologue de voies médullaires, — il semble que les phénoménes, trés complexes, évoluant dans les centres récepteurs, ne sont pas négligeables, la fusion de nos perceptions précédant normalement l'homogénéisation des processus d'excitation rétinienne.

René Charpentier.

La psychologie naturiste dans l'œuvre de Diderot, par le baron Seillière, Secrétaire perpétuel de l'Académie des Scienees morales (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre Janet, membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de Franee, par sa famille, ses amis et ses disciples, page 243. Editions d'Artrey, Paris 1939).

La raison de Diderot (plus solide que celle de Rousseau) ainsi que les souvenirs de son éducation l'ont rallié souvent à une psychologie pessimiste de l'humanité qui s'appuie sur toute l'expérience du passé et de l'espèce. D'autre part, ses instincts dominants, ses impulsions émotives l'ont fait l'avocat intermittent, mais fort écouté, de la bonté de la nature, erreur insidieuse et féconde en résultats fâcheux pour la civilisation rationnelle de l'Europe occidentale. Il fut, a écrit M. Gillot, un de ces optimistes généreux qui ont besoin de croire á la bonté universelle.

A l'exemple des naturistes de la Renaissance et de Descartes, Diderot croit aussi à la raison naturelle, á l'homme, erreur aux conséquences presque aussi fâcheuses que celle qui affirme la bonté naturelle car elle tend pareillement à présenter comme superflu l'effort humain. La prétendue « loi naturelle » des naturistes du xviii[e] siécle, également conçue par eux comme originelle et comme statique, se rattache de près á l'illusion de la raison naturelle.

Le dessein de l'auteur est d'appeler l'attention sur les « préparations lointaines de la religion de conquête qui s'impose aujourd'hui à une partie du monde civilisé, car la thése de la bonté naturelle a encouragé á la fois l'impérialisme de classe et l'impérialisme de race ».

René Charpentier.

NEUROLOGIE

Traumatismes cranio-cérébraux, par R. Thurel, ancien chef de elínique à la Salpêtrière, Neuro-chirurgien de l'Hôpital américain de Paris (1 volume in-8°, 80 pages, 32 fig. Masson et C[ie], édit., Paris 1941).

Etant donné la fréquence des traumatismes craniens, dont le nombre s'est accru avec le développement et la vitesse des moyens de locomotion,

la nécessité aussi où l'on se trouve, dans les cas sérieux, d'agir vite et sur place, il n'est pas un médecin qui ne soit exposé un jour ou l'autre à être appelé auprès d'un blessé du crâne et à prendre une décision. Chacun doit donc savoir comment s'y prendre pour déterminer le substratum anatomo-pathologique des accidents cérébraux d'origine traumatique, et posséder quelques notions indispensables sur le mécanisme physiopathologique qui a présidé à la formation des altérations anatomiques.

La première partie de ce travail, très bien illustré, est consacrée à l'anatomie pathologique et à la pathogénie des lésions cérébrales traumatiques et la deuxième partie au diagnostic anatomo-clinique et aux indications thérapeutiques.

C'est la vaso-motricité cérébrale qui souffre le plus du fait des traumatismes crâniens. Les perturbations sympathiques, d'ailleurs spontanément réversibles, doivent être modifiées par le traitement avant d'avoir déterminé des désordres anatomiques.

Alors que la commotion cérébrale peut être le fait de n'importe quel traumatisme suffisamment violent, les autres complications dépendent de la nature du traumatisme et n'apparaissent que dans certaines conditions. Or, ces autres complications, qui relèvent de la neuro-chirurgie, peuvent être, dans certains cas, masquées par les symptômes de commotion cérébrale. Aussi est-il nécessaire, dès que la situation s'aggrave, de recourir à la pratique des trous de trépan explorateurs.

De même, les moyens de contrôle, et en particulier la radiographie après injection d'air par voie lombaire, permettront parfois de découvrir un hématome sous-dural, une pneumatocèle intracranienne dans des cas qui se présentent comme un syndrome subjectif post-traumatique. Il ne faut pas sans contrôle nier l'existence de lésions post-commotionnelles sous prétexte d'une symptomatologie purement subjective. L'encéphalographie pourra permettre d'objectiver les lésions post-commotionnelles en mettant en évidence une atrophie cérébrale.

R. C.

BIOLOGIE

Réflexions sur l'évolution et la finalité en biologie, par Jean Piveteau, maître de Conférence à la Sorbonne (in *Mélanges*, volume offert à M. Pierre Janet membre de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, par sa famille, amis et ses disciples, page 223. Editions d'Artrey, Paris 1939).

En ces dernières années, la paléontologie des animaux vertébrés a été marquée par un renouvellement profond, une étonnante mutation, modifiant ou précisant nos points de vue sur les deux grands problèmes biologiques de l'organisation et de l'évolution.

Les transformations des êtres vivants se présentent fréquemment selon un mode particulier désigné sous le nom d'évolution parallèle. Comme tout rapprochement morphologique, l'évolution parallèle ne peut se comprendre et avoir une signification que s'il s'agit de types relativement proches. Les faits apportent des objections aux explications d'après lesquelles s'exercerait l'influence de causes accidentelles et aux théories d'après lesquelles le milieu jouerait un rôle capital. Pour expliquer ces transformations, l'auteur fait appel à un principe interne de direction. La vie est liée à l'organisation.

Pour Cuvier, c'est le principe des corrélations qui en donne la clef, mais la loi de Cuvier ne peut guére s'appliquer aux êtres encore en voie de transformation.

Une certaine finalité est toujours sous-jacente à l'organisation. Cuvier maintenait étroitement associés les deux concepts de finalité interne et de finalité externe. Le fait de l'évolution parallèle s'oppose á une conception purement mécaniste de la vie et conduit á donner aux facteurs internes le rôle primordial dans les transformations des êtres vivants. L'anatomie relative des diverses régions du corps, aux stades premiers de la phylogénèse, implique une définition de l'organisation parfaitement conciliable avec une certaine finalité, proche de la finalité externe.

Dans les derniers stades des rameaux s'appliquerait au contraire le principe des conditions d'existence ou des corrélations, forme biologique de la finalité interne.

René CHARPENTIER.

ENDOCRINOLOGIE

Endocrinologie, 2e *édition revue et corrigée*, par Noël FIESSINGER, professeur de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu (1 volume de 156 pages, avec 19 fig., in *Collection des Initiations médicales*, publiée sous la direction du Docteur A. SÉZARY, Masson et Cie, édit., Paris 1940).

La première édition de ce volume parut en 1935. Son succés a montré qu'était rempli le but que se proposait son auteur, c'est-à-dire d'être clair et d'intéresser le lecteur sans surcharger sa mémoire. Aussi ce « premier livre d'endocrinologie » n'a-t-il pas eu á subir de changement. Les faits restent immuables. Il a cependant été revu avec soin et M. N. Fiessinger y a fait entrer les résultats des travaux effectués depuis la précédente édition, se limitant, dans ce cadre si vaste de l'endocrinologie, à l'étude de l'endocrinologie glandulaire. Cela, dans une orientation médicale et clinique, réduisant au strict minimum l'étude expérimentale et physiologique.

Dans cet excellent précis, on trouvera, après les généralités et les notions préliminaires, des chapitres montrant comment il doit être pratiqué à l'examen clinique d'un endocrinien et aux explorations fonctionnelles. Aprés l'exposé des syndromes cliniques á l'état de pureté, des syndromes pluriglandulaires, des insuffisances endocriniennes par entraînement et de la pathologie de relais, des insuffisances endocriniennes frustes, M. N. Fiessinger fixe les règles d'après lesquelles, aprés avoir analysé avec méthode les symptômes, le médecin devra s'orienter soit vers une thérapeutique de suppléance, soit vers une thérapeutique de freinage.

Il montre que, pour être efficace, la thérapeutique de suppléance doit être suffisante et doit être soutenue dans les grandes insuffisances tandis que son arrêt précoce, son interruption momentanée, conviennent aux petits syndromes d'insuffisance endocrinienne passagére. Le freinage peut se faire par les humeurs (sang éthyroïdé par exemple), par la radiothérapie, par l'exérése. Mais, avant tout, il ne faut pas perdre de vue la nécessité des applications précises et prudentes, ne pas dépasser la dose utile atteignant souvent ainsi la dose nuisible. Une surveillance numérique (tension artérielle, métabolisme basal, sang, urines, etc.) est absolument nécessaire.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 juin 1941*, à 16 heures *très précises*, au siége de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUILLET de la Société Médico-psychologique, *séance* exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 juillet 1941*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement), dans l'Amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de JUILLET de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 juillet 1941*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOÛT ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 octobre 1941*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations cliniques ou anatomo-pathologiques, aura lieu le *jeudi 13 novembre 1941*, à 9 h. 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 novembre 1941*, à 16 heures *très précises*, au siége de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 22 décembre 1941*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Citation à l'Ordre de la Nation

Mme le Dr Francès-Bragayrac, Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Dury-les-Amiens (Somme), a été *citée à l'Ordre de la Nation* pour sa belle conduite au cours des journées de mai 1940.

Nécrologie

M. le Dr Corcket, Médecin-Chef de l'Asile privé, faisant fonction d'hôpital psychiatrique, du Bon-Sauveur, à Caen (Orne) ;

M. le Dr Daniel, Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de la Seine-Inférieure.

Nominations

M. le Dr Marcel Rougean est nommé Médecin-Chef à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Saint-Lô (Manche) ;

M. le Dr Christophe Martin est chargé, à titre temporaire, des fonctions de Médecin-Chef à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Cayssiols (Aveyron) ;

M. le Dr Carriat est nommé Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

M. le Dr Ceillier est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Clermont (Oise) ;

M. le Dr Leconte est nommé, à titre provisoire, Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Rouen (Seine-Inférieure) ;

M. le Dr Régis est maintenu, à titre provisoire, en qualité de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le Dr Frey est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le Dr Leclerc est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique d'Auxerre (Yonne) ;

M. le Dr Buisson est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Bassens (Savoie) ;

M. le Dr Stoerr est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) ;

M. le Dr Couderc est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Limoux (Aude) ;

M. le Dr Quéron est nommé, à titre provisoire, Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique de Limoux (Aude) ;

M. le Dr Ferdière est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Rodez (Aveyron) ;

M. le Dr Borel est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne).

INFIRMERIE SPÉCIALE

Ont été nommés à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police à Paris : Médecin-Chef adjoint : M. le Dr Brousseau ; Médecin-adjoint : M. le Dr Michaux ; Médecin suppléant : M. le Dr Cénac.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le service social pour infirmes et anormaux dans le canton de Genève

L'association « Pro Infirmis », pour faciliter l'aide spécialisée aux infirmes et anormaux du canton de Genève, a décidé d'ouvrir à *Genève* un *service social pour les déficients physiques et mentaux*, adultes et enfants. L'assistante chargée de ce service sera à la disposition des infirmes, de leurs familles, des autorités et des œuvres de bienfaisance de tout le canton, pour fournir les renseignements et les conseils concernant les possibilités d'aide spécialisée : traitements médicaux ou orthopédiques, éducation ou formation professionnelle appropriées, fourniture d'appareils de prothèse, etc.

Le service social de « Pro Infirmis » travaillera en collaboration avec les institutions s'occupant des différentes catégories d'infirmes et se chargera, en étroite liaison avec les autres œuvres locales ou les autorités compétentes, de l'examen de cas particuliers et des démarches concernant l'assistance nécessaire à ces infirmes.

Le service social de « Pro Infirmis », entièrement gratuit, a son siège au dispensaire de la Croix-Rouge, à Genève. Il est placé sous la surveillance d'un conseil cantonal.

LÉGISLATION MÉDICALE

Loi du 26 mai 1941 sur l'exercice de la médecine

Une *loi* en date *du 26 mai 1941* a modifié les lois du 30 novembre 1892 et du 26 juillet 1935 *sur l'exercice de la médecine et de l'art dentaire.*

Parmi les textes modifiés, citons les premiers paragraphes de l'art. 1er, les art. 3, 6, 9, 14, 16, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 32. De nouveaux articles (14 *bis*, 21 *bis*) ont été ajoutés.

En attendant une publication intégrale de la loi, ainsi modifiée, sur l'exercice de la médecine, nos lecteurs trouveront ci-dessous quelques-unes des plus importantes modifications apportées aux textes antérieurs.

« *Article premier.* — Nul ne peut exercer la médecine ou l'art dentaire en France :

« 1° S'il n'est muni du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou de chirurgien dentiste, ou bénéficiaire des dispositions transitoires fixées par les lois des 30 novembre 1892, 13 juillet 1921, 10 août 1924, 13 décembre 1924, 18 août 1927 ;

« 2° S'il ne remplit les conditions requises, au point de vue de la nationalité, par la loi du 16 août 1940 ;

« 3° S'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre des médecins institué par la loi du 7 octobre 1940.

« Pourront également exercer la médecine sur le territoire français.....

« *Art. 9.* — Les personnes qui veulent pratiquer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sont tenues, dès leur établissement et avant d'accomplir aucun acte de leur profession, de faire enregistrer, sans frais, leurs titres à la préfecture et au greffe du Tribunal civil de leur arrondissement. Elles doivent ensuite les faire viser à la mairie de leur domicile et, s'il y a lieu, de chacune de leurs résidences professionnelles ; cette formalité doit être renouvelée à chaque changement de domicile ou de résidence.

« Pour les diplômes de docteur en médecine, l'enregistrement doit être précédé de l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins dans les conditions prévues au titre II de la loi du 7 octobre 1940.

« Tout changement de domicile ou de résidence professionnelle doit être signalé par l'intéressé au Conseil départemental de l'Ordre ainsi qu'à la mairie du dernier établissement. Celle-ci en avise le préfet et l'autorité judiciaire.

« Un nouvel enregistrement du titre devient nécessaire lorsque le titulaire transfère son domicile dans un autre département. Il en est de même pour toute personne qui, n'exerçant plus depuis deux ans, désire reprendre l'exercice de sa profession.

« *Art. 14.* — Les fonctions de médecin expert près les Tribunaux ne peuvent être assurées que par des docteurs en médecine remplissant les conditions prévues à l'article 1er de la loi du 26 juillet 1935, modifié par les textes subséquents.

« La liste de ces praticiens, établie par la Cour d'appel au début de chaque année judiciaire, ne doit être arrêtée qu'après consultation des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins existant dans le ressort de la Cour. »

« *Art. 16.* — Exerce illégalement la médecine :

« 1° Toute personne qui, sans remplir les conditions imposées par les lois et règlements en vigueur pour être admise à exercer la profession de médecin, de dentiste et de sage-femme, prend part, habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, à la pratique de l'art dentaire ou à celle des accouchements, sauf les cas d'urgence avérés ;

« 2°

« *Art. 17.* — Les infractions prévues et punies par la présente loi seront poursuivies devant la juridiction correctionnelle.

« En ce qui concerne spécialement l'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou de la pratique des accouchements, les Conseils de l'Ordre, lorsqu'il s'agit de médecins, et les associations professionnelles de dentistes et de sages-femmes régulièrement constituées pourront en saisir les tribunaux par voie de citation directe donnée dans les termes de l'art 182 du Code d'instruction criminelle, sans préjudice de la faculté de se porter, s'il y a lieu, partie civile dans toute poursuite de ces délits intentée par le ministère public (1). »

(1) L'article 18 prévoit que ces délits, « en ce qui concerne l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, sont punis d'une amende de 2.000 à 5.000

« *Art. 21* bis. — Tout médecin qui aura fait une fausse déclaration en vue de son inscription au tableau de l'Ordre sera puni d'une amende de 1.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de un à trois mois ou de l'une de ces peines seulement. »

« *Art. 22.* — Quiconque exerce la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 9 de la présente loi est puni d'une amende de 500 francs. »

« *Art. 26.* — Les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue, dans les conditions spécifiées soit à l'article précédent (1), soit à l'article 13 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins, tombent sous le coup des artieles 17, 18, 19, 20 et 21 de la présente loi lorsqu'elles continuent à exercer leur profession. »

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Révision du Code de Déontologie

Le numéro 2 du *Bulletin de l'Ordre des Médecins* (2) apporte au *Code de Déontologie* et aux Instructions en vue de son application des modifications et des additions qui tiennent compte de remarques adressées au Conseil supérieur de l'Ordre.

Exercice de la médecine

Dans ce même numéro, on trouvera le texte de la *loi du 2 avril 1941, relative à la création ou à l'extension de cabinets médicaux* (*Journal Officiel* du 18 avril 1941). Cette loi, qui modifie les dispositions du décret du 20 mai 1940, donne aux Conseils de l'Ordre qualité pour autoriser les installations. A la page 111 figure le modèle du *Questionnaire* à remplir *en vue de l'inscription au Tableau départemental de l'Ordre.*

La Commission supérieure de contrôle procède actuellement à l'examen des dossiers des médecins étrangers. Le Conseil propose qu'il puisse être accordé des dérogations aux médecins mariés à une femme française et pères d'un ou plusieurs enfants nés français, ainsi qu'aux fils de Belges naturalisés français.

Les médecins de nationalité suisse, belge ou luxembourgeoise, titulaires

francs et, en cas de récidive, d'une amende de 5.000 à 10.000 francs et d'un emprisonnement de trois mois à un an ou de l'une de ces deux peines seulement ». Il prévoit en outre des mesures et des sanctions de nature à assurer la publicité et l'affichage du jugement.

(1) L'article 25 prévoit que « la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession peuvent être prononcées par les Cours et Tribunaux, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste ou sage-femme condamné à l'une des peines prévues à l'article 19 de la présente loi ». L'art. 19 concerne l'exercice illégal avec usurpation du titre de docteur en médecine, officier de santé, dentiste ou sage-femme.

(2) *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, n° 2, juin 1941 (Masson et Cie, éditeurs).

du diplôme de docteur en médecine français, sont autorisés provisoirement à pratiquer leur art, sous réserve de présenter les demandes de dérogation prévues par le décret du 28 octobre 1940.

Création de Commissions régionales

Il est créé, dans chaque *région sanitaire*, une *Commission régionale* ayant pour but :

1° d'assurer la liaison et les contacts nécessaires entre l'Ordre et le Directeur régional ;

2° d'assurer la liaison entre les Conseils départementaux d'une même région.

Ces Commissions, qui se réuniront au moins une fois par trimestre, sont composées d'un à trois membres de chaque Conseil départemental et désignés par lui. Le président sera désigné par l'ensemble de la Commission régionale.

Statut général des spécialités

Un projet, publié dans le numéro 2 du *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, est actuellement à l'étude. Il prévoit des « spécialités qualifiées », parmi lesquelles la *neuro-psychiatrie*, et des « spécialités libres ». Il limite les droits des spécialistes qualifiés et les droits des médecins de médecine générale en matière de spécialités. En plus de la liste des 9 « spécialités qualifiées » que nous avons antérieurement publiée (1), ce projet propose, en effet, une liste de 22 « spécialités libres » et réserve la possibilité de « spécialités nouvelles ». Le statut des diverses spécialités qualifiées est actuellement à l'étude.

Dispensaires et polycliniques

A titre documentaire, le numéro 2 du *Bulletin de l'Ordre des Médecins* donne les conclusions d'un rapport concernant le recensement et le fonctionnement des *dispensaires et polycliniques de soins externes* ainsi que des projets de *contrats-types* avec les collectivités. La question reste à l'ordre du jour d'une prochaine session du Conseil supérieur.

Postes officiels

Le Conseil supérieur de l'Ordre a émis le vœu que les *nominations aux postes officiels*, faites par les préfectures, ne le soient qu'après avis conforme du Conseil de l'Ordre et en tenant compte de la valeur professionnelle, ainsi que de la situation particulière des médecins intéressés, notamment de leur situation familiale.

Réforme des études médicales. Limitation du nombre des étudiants en médecine

Le Conseil supérieur étudie un *projet de réforme* des études médicales. Il a émis un *vœu* relatif à la limitation du nombre des étudiants dès la prochaine année scolaire.

(1) *Annales Médico-psychologiques*, avril-mai 1941, page 390.

Vœux et suggestions

Le Conseil supérieur déclare étudier avec le plus grand soin les vœux qui lui sont adressés, les suggestions qui lui sont faites, les considérant comme « des éléments précieux pour bien établir la doctrine de l'Ordre ».

NÉCROLOGIE

Roger Dedieu-Anglade (1899-1940)

La mort prématurée de Roger Dedieu-Anglade, Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, a douloureusement surpris ses nombreux amis et collègues. La médecine française perd en lui un aliéniste d'avenir et l'école de psychiatrie de Bordeaux l'un de ses plus distingués représentants. Il avait à peine atteint la quarantaine et sa carrière déjà brillante autorisait tous les espoirs.

Elève de son père à l'Hôpital psychiatrique de Château-Picon à Bordeaux, puis Médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne, il était depuis 1935 Médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Villejuif. Il y avait organisé un service moderne qu'il aimait avec passion et auquel il se donnait entièrement.

Malgré sa jeunesse, il laisse une œuvre scientifique déjà considérable. En 1925, il soutint devant la Faculté de Bordeaux sa thèse de doctorat sur « La paralysie générale sans méningite », travail original écrit sous la direction et dans le service du Dr Anglade père. En 1931 il fut rapporteur de psychiatrie au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bordeaux. L'exposé de son rapport sur « Les psychoses périodiques tardives » fut suivi d'une discussion nourrie des plus intéressantes. En 1937, au Deuxième Congrès international d'Hygiène mentale de Paris, il présenta, avec Courtois, un rapport sur « La Législation comparée de l'Assistance psychiatrique » qui est une étude des diverses formes d'assistance aux aliénés et qui met en relief l'effort général actuel vers l'hospitalisation libre. Il est impossible de citer ici toutes ses publications et communications aux sociétés savantes. Elles contiennent l'étude de questions de clinique, d'anatomie pathologique, de thérapeutique, d'assistance. Il s'intéressait beaucoup aux méthodes modernes de traitement des maladies mentales et a donné une excellente description de la crise cardiazolique. Il avait monté un laboratoire bien outillé où il constituait patiemment une collection de fort belles coupes anatomiques et où il avait mis au point des travaux qui font honneur à son hérédité paternelle. Son œuvre est dominée par [illegible] que les progrès du laboratoire permettront un jour d'établir le substratum anatomique de toutes les psychoses. Mais son éclectisme lui permettait de ne pas négliger la psychologie pathologique et il se plaisait à rappeler qu'il était membre du « Groupe de l'Evolution psychiatrique ».

Ardent patriote, il tint à partir en septembre 1939, bien que malade depuis de longs mois. Il fit la guerre comme médecin-capitaine et psychiatre principal de la 7e Armée. Ses sentiments étaient à la mesure de son intelligence, et ces lignes seraient incomplètes si elles ne rappelaient que Roger Dedieu-Anglade fut, avant tout, un homme de cœur et de bonne volonté.

G. Teulié.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Imprimé par Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*)
à Cahors (France). — 62.650

Tome II. — N° 3-4 Octobre-Novembre 1941

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 26 Mai 1941

Présidence : M. Achille DELMAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 28 avril 1941 et le procès-verbal de la séance du jeudi 8 mai 1941 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance comprend une lettre de M. le Dr Wahl, *membre titulaire*, qui demande à être nommé *membre titulaire honoraire*.

Attribution du legs Christian

Le legs Christian, attribuant chaque année une somme de 300 francs à un interne des hôpitaux psychiatriques de Paris ou de province, de nationalité française, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 francs pour l'année 1941.

Conformément au règlement du legs Christian, il est attribué pour 1941, par le Bureau de la Société, à Mlle le Dr S. Jouannais, seule candidate et qui remplit les conditions.

Ce legs ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

CENTENAIRE DE LA MORT D'ESQUIROL

Hommage à Esquirol, par M. Laignel-Lavastine.

La Société Médico-Psychologique qui, depuis près d'un siècle, est le centre vivant de la médecine mentale en France, se devait de rendre hommage à Esquirol, qui organisa le premier l'enseignement clinique des psychopathies. Aussi, ai-je répondu avec empressement à la cordiale invitation de notre président, mon ami Delmas, pour évoquer quelques instants la grande et attachante figure d'Esquirol.

A l'occasion du Centenaire de la Mort de Jean-Etienne-Dominique Esquirol, qui survint à Paris, le 12 décembre 1840, j'ai inauguré à Sainte-Anne (1) une nouvelle formule d'enseignement à la manière des reportages si vivants de Frédéric Lefebvre. J'ai déjà célébré le Centenaire d'Esquirol par une courte allocution à l'Académie de Médecine (2), où je faisais remarquer que deux des personnes de la Trinité psychiatrique du début du XIX^e^ siècle, Pinel et Bayle, avaient été magnifiquement glorifiées, et qu'il était juste qu'Esquirol, le véritable créateur de la Clinique médicale des aliénés, ne fût pas oublié.

Comme dans une présentation clinique, je conseille de suivre la méthode de Balzac et de montrer le sujet avant d'analyser ses troubles ; de même permettez-moi de vous projeter d'abord deux portraits d'Esquirol et un fac-similé de son écriture avant de rappeler en quelques mots son *curriculum vitæ* sur lequel je me suis longuement étendu naguère (3), et surtout de vivre quelques instants de son esprit en parcourant son immortel *Traité des Maladies Mentales.*

Vous voyez cette lithographie de Delpech (4) d'après un dessin de Charles Bazin. Elle est antérieure à 1823, date de la parution de l'*Iconographie des contemporains,* œuvre capitale de Delpech. Remarquez la tête forte à prédominance frontale ; les yeux vifs derrière les lunettes sont en même temps observateurs et méditatifs, pendant que la bouche, petite, esquisse un très léger

(1) Leçon avec projections à la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (Hôpital Sainte-Anne), le mercredi 8 janvier 1941.

(2) Centenaire de la mort d'Esquirol, Académie de Médecine, 17 décembre 1940. *Bulletin,* N^os^ 48-49, p. 928-30.

(3) Laignel-Lavastine. — *Cours d'Histoire de la Médecine : Esquirol et la loi de 1838.* Leçon du 30 janvier 1939.

(4) *Delpech François-Séraphin, 1778-1827.*

sourire, qui dit la bienveillance de l'accueil et la douce indifférence à l'audition des écarts de conduite, plus ou moins dus à la maladie.

Cette figure est à comparer avec la toile de Pichon (1) qui orne la salle du Conseil de l'Académie de Médecine. Cette dernière n'est pas antérieure à 1835, date du début de Pichon au Salon par cinq portraits. Il était de Sorèze et des liens régionaux firent qu'Esquirol facilita ses débuts. Esquirol a vieilli, s'est amenuisé, ses tempes se sont un peu dégarnies, mais la physionomie a le même dynamisme et la cravate blanche est exactement faitc de même.

De caractère essentiellement bon et généreux, Esquirol était en même temps énergique et ne détestait pas la discussion. Cette page manuscrite du 5 avril 1833 que je vous projette est extraite de la collection de mon ancien collègue et ami le Docteur René Semelaigne, elle indique bien cette énergie dans le barrage des *t*, de même que dans l'ensemble des lignes et le graphisme des mots, la régularité méthodique et un heureux tempérament de l'esprit d'analyse et de synthèse.

Né à Toulouse, rue des Changes, le 3 février 1772, Esquirol commença ses études au Collège de l'Esquille. Sa biographie a été bien résumée par Busquet (2) d'après le discours de Falret (3) sur sa tombe, l'éloge de Pariset (4) à l'Académie de Médecine et l'article de Legrand du Saulle (5). Je vous renvoie à ces sources et ne vous rappelle que l'essentiel.

Esquirol commença à fréquenter les malades à Toulouse, à l'Hôpital de la Grave, où il rencontra Alexis Larrey, l'oncle de Jean-Dominique. L'Université supprimée le 15 septembre 1793, Esquirol passa quelque temps à l'Ecole Supérieure de Paganel avant de faire partie de la commission des officiers de santé pour l'armée des Pyrénécs-Orientales ; à Narbonne, où il connut Barthez.

Doux, mais courageux, il prit à Narbonne la défense d'un accusé devant le Tribunal Révolutionnaire et par son argumentation calme et claire emporta l'acquittement.

Arrivé à Paris, en 1799, il fut un jour victime d'une distrac-

(1) *Pichon Pierre-Auguste, 1805-1900.*

(2) Busquet. — *Biographies Médicales*, I, p. 137, 1927.

(3) Falret. — *Discours sur la tombe d'Esquirol.* Académie de Médecine, 22 décembre 1840.

(4) Pariset. — *Eloges d'Esquirol.* Académie de Médeeine, 17 déeembre 1844.

(5) Legrand du Saulle. — Esquirol. *Annales Médico-psychologiques*, 1863, I, p. 68.

tion qui lui fit perdre un habit où des pièces d'or étaient cousues.

Pendant deux ans, il logea chez Mme Molé ; il devint ami de Bichat, Landré-Beauvais et Roux. Entre les Ecoles rivales de Corvisart et de Pinel il hésita un instant, puis préféra à l'éloquence du premier la clarté du second dont il devint, dès 1802, le collaborateur comme rédacteur de la *Médecine Clinique*.

Un attrait irrésistible l'entraînait vers ces « Protées de la pathologie » que sont les aliénés. Il les accueille et les traite dans sa maison, près du Muséum (1), et selon l'un des articles du *Dictionnaire des Sciences médicales* signé S., en 1821, « les aliénés y jouissaient de plus de liberté et de plus d'agrément qu'un gouvernement voisin n'en accorde aux grands hommes qui se confient à sa générosité ».

Ce n'est que le 28 décembre 1805 qu'il passa sa thèse *sur les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Dans le préambule de son travail, il montre l'influence qu'ont eue sur la santé mentale les événements des 15 dernières années. Le succès de cette thèse fut tel que bientôt en parurent des traductions anglaise, allemande et italienne. Pourvu des qualités nécessaires à l'aliéniste, « grande sagacité d'esprit, rare talent d'analyse, courage à toute épreuve, probité parfaite, douceur inaltérable, unis à une inébranlable fermeté et par-dessus tout une complète abnégation » (Joly). Esquirol est en 1807 choisi comme adjoint par Pinel.

Attristé par les mauvaises conditions de l'hospitalisation des aliénés, il cherche dès lors à y remédier et commence par se documenter par des voyages d'études en France et à l'étranger, prélude de sa vaste enquête qui aboutira à la loi de 1838, son œuvre avec Ferrus. C'est qu'Esquirol aimait ses malades, et il l'a bien montré quand il soigna Auguste Comte (2). Platonicien il savait qu'il faut aimer pour comprendre.

« Ceux pour lesquels je réclame, disait-il, sont les membres les plus intéressants de la Société, presque toujours victimes des préjugés, de l'injustice et de l'ingratitude de leurs semblables. Ce sont des pères de famille, des épouses fidèles, des négociants intègres, des artistes habiles, des guerriers chers à leur Patrie, des savants distingués; ce sont des âmes ardentes, fières et sensibles ; et cependant, ces mêmes individus qui devraient attirer sur eux un intérêt tout particulier, ces infortunés qui éprouvent la plus redoutable des misères

(1) Laignel-Lavastine. — *Conférence-promenade au Muséum.*

(2) Georges Dumas. — *Deux Messies positivistes : Auguste Comte et Saint-Simon*, Alcan.

humaines, sont plus maltraités que les criminels et réduits à une condition pire que celle des animaux.

Je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif et des choses les plus néeessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillanee. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait d'y renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales. Voilà ce que j'ai vu presque partout en France, voilà comment sont traités les aliénés presque partout en Europe. » (1).

En 1810, Esquirol succède à son maître Pinel comme médecin-chef du service des aliénés à la Salpêtrière ; en 1814, il brave la contagion de fièvres malignes en soignant toutes les victimes militaires et civiles de la guerre et de l'invasion.

En 1817, il ouvre le premier cours de Clinique des maladies mentales et depuis lors pendant un siècle l'Ecole française dérivera de lui, à travers ses élèves immédiats, Delaye, Foville, Leuret, Marchand, Payen, Calmeil, Baillarger, Moreau (de Tours) etc...

En 1818, paraît le mémoire d'Esquirol sur les *établissements d'aliénés des départements français*. C'est à cette époque qu'il réalise à Ivry sa maison de Santé modèle, par pavillons dans le style de la Restauration (2). Le plus important de ceux-ci, avec des galeries intérieures à colonnades de bois, sur lesquelles s'ouvrent individuellement des chambres, est comme la maquette de la maison royale de Charenton, qu'Esquirol dirigea depuis la mort de Royer-Collard de 1826 à 1833.

Esquirol élabore les plans des asiles de Rouen, Nantes, Marseille, Montpellier, Le Mans. Devenu en 1820 membre de l'Académie royale de médecine ; en 1823, inspecteur général de l'Université, Esquirol est le grand personnage officiel. Il n'en garde pas moins son indépendance. Il s'oppose à la fermeture du collège de Sorèze, considéré comme une citadelle du libéralisme et qu'a illustré Lacordaire.

En 1834, il est élu membre correspondant de l'Académie des sciences morales et politiques. La même année il fait un voyage

(1) *in* Busquet. — *Loc. cit.*, p. 142.

(2) Laignel-Lavastine. — *Conférence-promenade à la Maison de Santé du Docteur Delmas à Ivry-sur-Seine* (mai 1937).

en Italie. A Turin, il voit le roi de Sardaigne et constate que l'asile d'aliénés est « plus apte à servir de caserne ».

Cependant ses « fluxions catarrhales » deviennent de plus en plus rapprochées. Elles rendaient sa respiration de plus en plus courte et il meurt le 12 décembre 1840, laissant à son neveu Mitivié la direction de sa Maison de santé d'Ivry avec Baillarger et Moreau (de Tours) et, plus près de nous, mon ami Delmas.

L'œuvre d'Esquirol est triple :

Il a enseigné oralement.

Il a écrit et réuni l'essentiel dans un *Traité des Maladies mentales.*

Il a construit, matériellement, en faisant le plan de maisons de santé et d'asiles d'aliénés, et administrativement en édifiant avec Ferrus la loi de 1838, qui régit encore les aliénés en France.

Vivons maintenant quelques moments avec Esquirol en parcourant les 2 volumes de son *Traité des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal,* accompagné de 27 planches gravées et parues chez Q.-B. Baillière, 17, rue de l'Ecole de Médecine en 1838.

Dès le début de sa préface, Esquirol nous donne sa méthode. « *M'attachant aux faits, je les ai rapprochés par leurs affinités, je les raconte tels que je les ai vus, j'ai rarement cherché à les expliquer.* » Trois positions que nous n'avons qu'avantages à imiter.

L'affinité de la folie avec le génie est un thème éternel. Pour Esquirol,

« si on a voulu dire par là que ceux qui ont l'imagination très active et très désordonnée, qui ont une grande exaltation et une grande mobilité dans les idées offrent de grandes analogies avec les fous on a raison ; mais si l'on a voulu dire qu'une franche capacité d'intelligence est une prédisposition à la folie, on s'est trompé. »

Avant le *climat psychologique,* si bien décrit par André Maurois, Esquirol avait saisi l'influence des idées dominantes de chaque siècle.

« De même, écrit-il, qu'il existe une certaine condition atmosphérique qui rend les maladies épidémiques ou contagieuses, plus ou moins fréquentes, de même il existe dans les esprits certaines dispositions générales qui font que l'aliénation mentale s'étend, se propage,

se communique sur un grand nombre d'individus par une sorte de contagion morale. C'est ce qu'on a observé dans tous les temps. » (1).

Se souvenant de sa thèse sur les passions, Esquirol revient sur leur importance dès la page 14 de son article de 1816 sur la *folie en général* qui ouvre son Traité.

« Il n'y a d'autres passions que celles qui naissent des premiers besoins de l'homme : l'amour, la colère, la jalousie. Celui qui a dit que la fureur était un accès de colère prolongé aurait pu dire que l'érotomanie est l'amour porté à l'excès ; que la lypémanie religieuse est le zèle ou la crainte de la religion poussés au-delà des bornes ; que le suicide est un accès de désespoir, etc... Ainsi de la situation la plus calme on s'élève par des nuances insensibles à la passion la plus violente, jusqu'à la manie la plus furieuse ou à la mélancolie la plus profonde : car presque toutes les folies ont leur type primitif dans quelques passions. »

Dans ce texte, je remarque qu'« érotomanie » est simplement pris dans le sens de délire érotique, que « lypémanie religieuse » ou mélancolie religieuse vaut mieux comme épithète que mélancolie mystique qui devrait avoir un sens plus restreint et qu'enfin l'idée de la transition insensible de la passion à presque toutes les folies est l'idée développée par Claude Bernard, des mêmes lois qui régissent le normal et le pathologique.

Autre proposition capitale page 16 :

« L'aliénation morale est si constante, qu'elle me paraît un caractère essentiel de l'aliénation mentale. Il est des aliénés dont le délire est à peine sensible ; il n'en est point dont les passions, les affections morales se soient désordonnées, perverties ou anéanties. »

Esquirol indique ainsi d'un mot cette légion de malades, dont les troubles de la conduite sont les seuls symptômes appréciables et qui sont l'objet de tant de discussions médico-légales.

Le problème des hallucinations est tel en psychiatrie que la façon dont on l'envisage détermine l'attitude générale de l'observateur devant les cas divers de la clinique journalière. Aussi Esquirol, dès l'année de l'ouverture de son cours clinique en 1817, lui a consacré un article toujours actuel. Il écrit en effet page 151 :

(1) René Semelaigne. — *Les pionniers de la psychiatrie*, T. I, page 130.

« Les prétendues sensations des hallucinés sont des images, des idées reproduites par la mémoire, associées par l'imagination et personnifiées par l'habitude. L'homme donne alors un corps aux produits de son entendement, il rêve tout éveillé. »

Et Esquirol conclut :

« Les hallucinations ne sont donc ni de fausses sensations ni des illusions des sens, ni des perceptions erronées, ni des erreurs de la sensibilité organique, comme cela a lieu dans l'hypocondrie. » (1)

« J'ai proposé le mot *hallucination* eomme n'ayant pas d'aeception déterminée et pouvant convenir par conséquent à toutes les variétés de délire, qui supposent la présence d'un objet propre à exciter l'un des sens quoique ces objets ne soient pas à portée des sens. » (2)

Je ne peux, faute de temps, m'arrêter à tous les passages qui mériteraient d'être rappelés. Je me contenterai de vous projeter quelques-unes des plus belles figures qui illustrent le traité d'Esquirol.

Voici par exemple, Joseph B., ancien tambour dans un régiment de ligne. « Comme beaucoup de militaires (3) il s'enivrait chaque fois qu'il en trouvait l'occasion : c'est à 28 ans qu'il eut sa première attaque épileptique à Bieêtre, en l'oecupant comme vitrier. Il y a 8 ans que, se trouvant à un cinquième étage et travaillant de son état, la corde, qui soutenait l'échaufaud sur lequel il était, se rompit, le malheureux Joseph B. tomba sur le pavé et fut blessé à la tête. Dès ce moment, ses attaques déjà très fréquentes le sont devenues davantage, et il est resté dans un état de contracture générale et permanente. Il est presque toujours eouché sur le dos, les pieds raides et ne pouvant se fléchir, les jambes tirées vers les cuisses, les mains fléehies sur les avant-bras, les avant-bras sur les bras : en un mot, les membres sont tellement raides, surtout du côté droit, qu'ils sont presque entièrement incapables d'exercer un mouvement volontaire.

« Sa tête est ordinairement tirée en arrière, et les muscles de sa figure, lors même qu'ils sont au repos, ce qui arrive rarement, laissent sur les traits l'empreinte dc la convulsion.

« Il y a, sans doute, fort peu d'exemples, d'une maladie aussi longue, d'aeeès aussi nombreux et aussi fréquents, et dans lesquels l'intelligenee se soit conservée comme chez Joseph B. ; pour moi, e'est le seul que je connaisse, et j'ai vu plus de 600 épileptiques.

(1) Page 195.
(2) Page 201.
(3) Page 332.

« Le portrait de ce malade exécuté avec beaucoup d'exactitude, et de talent, par M. Desmaisons, fait le sujet de la planche première », que je vous projette, et où vous voyez l'exactitude de la description d'Esquirol.

A cette époque, les épilepsies d'origine traumatique étaient mal connues. Aujourd'hui, grâce à la neurochirurgie, les cas analogues sont non seulement diagnostiqués de bonne heure, mais souvent opérés avec succès.

Au point de vue clinique Esquirol a divisé son livre en cinq groupes : *lypémanie, monomanie, manie, démence, idiotie,* groupement d'attente et dont il reconnaît parfaitement le caractère provisoire.

Rentre, pour Esquirol, dans la lypémanie ou mélancolie, tout délire partiel, chronique et sans fièvre (I, page 398), délimitation différente de la nôtre, du fait de l'interstructure, postérieure à Esquirol, de la notion de démence précoce. De fait, la *planche II* répond à une démente précoce morte de tuberculose pulmonaire comme cela est fréquent. L'observation est T. I, page 408. La planche suivante (planche III) répond encore à une démente précoce avec stéréotypies.

Après la mélancolie, Esquirol, très justement, place son article de 1811 sur la démonomanie (1). En effet, très souvent, le délire démonomaniaque est un thème mélancolique. D'autres fois, le cas est plus complexe, comme chez la blanchisseuse de 57 ans (figurée planche VI). Il s'agit, dans la terminologie actuelle, d'une mélancolique persécutée possédée, répondant aux persécutées possédées de Séglas. Et comme dans les observations de Séglas, la malade d'Esquirol est aussi une douteuse. L'obsédée est maintenant possédée ; l'idée, de fixe, est devenue délirante. Cette observation caractéristique est rapportée, page 458 du tome 1[er].

La description qu'Esquirol donne de la *manie* en 1818 est justement célèbre. Je n'en rappelle que quelques phrases (2) :

« Cette femme, l'image de la candeur et de la vertu, aussi douce que modeste, dont la bouche ne s'ouvrait que pour dire des paroles douces et généreuses, qui était bonne fille, bonne épouse, bonne mère, a perdu tout à coup la raison. Sa timidité s'est changée en audace ; sa douceur en férocité ; elle ne profère que des injures, des obscénités et des blasphèmes, elle ne respecte plus ni les lois de la décence

(1) T. I, page 498.
(2) T. II, page 231.

ni celles de l'humanité ; sa nudité brave tous les regards, et dans son aveugle délire, elle menace son père, frappe son époux, égorge ses enfants, si la guérison ou la mort ne mettent un terme à tant d'excès. »

La planche VII que je vous projette répond bien à la description d'Esquirol :

« La pose, dit-il (1), continue par la camisole, les efforts des bras pour se débarrasser d'un vêtement incommode, le mouvement du pied droit qui s'apprête à frapper, les cheveux hérissés, l'état convulsif des sourcils, des lèvres et de la peau du front ramenée en plis vers la racine du nez, la maigreur, le teint hâlé ; tout exprime dans cette femme, le plus haut degré de la perturbation de l'intelligence et des affections en même temps que la fureur la plus violente. »

Esquirol donne ensuite l'observation d'une jeune fille de 21 ans (2), habituellement mélancolique, dont la manie fut précédée de dépression avec idées de suicide.

« La planche VIII (3) représente la jeune V. pendant l'accès de manie, tandis que dans la planche IX cette même personne est dessinée après avoir recouvré la raison quelques jours avant sa sortie de l'hospice. Quel contraste dans la physionomie de cette jeune personne dans les deux états si différents de l'intelligence et des affections. Le dessin de la planche VIII offre bien les traits de l'agitation, de l'indignation et de la colère, la physionomie du dessin de la planche IX est calme et posée avec une légère nuance de mélancolie si ordinaire après un accès de manie. »

Ainsi Esquirol décrivit et figura la folie à double forme avant que Falret et Baillarger s'en disputent la priorité.

Passons maintenant à la *démence* d'après l'article publié en 1811 (4).

« La démence est une affection cérébrale, ordinairement sans fièvre et chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté : l'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et sociale sont les signes de cette affection. »

(1) T. II, page 162.
(2) T. II, page 162.
(3) T. II, page 165.
(4) T. II, page 219.

Esquirol ajoute à sa définition des remarques très justes :

« Les individus en démence ne sont pas susceptibles d'une attention assez forte ; ne pouvant se faire une idée claire et vraie des objets, ils ne peuvent ni comparer, ni associer les idées, ni abstraire... Il semble qu'ils aient des comptes faits dans leur tête qu'ils répètent, obéissant à des habitudes anciennes, ou cédant à des connaissances fortuites. »

Esquirol range ses observations dans trois groupes : les cas aigus, les chroniques, et les chroniques compliqués de paralysie. Négligeant les chroniques qui répondent aux démences des vieillards, je citerai dans les aigus un cas typique de démence précoce et dans les chroniques avec paralysie un cas également typique de paralysie générale.

Voici la planche XII représentant P.J.D., négociant, âgé de 29 ans et atteint de *démence précoce*, comme le démontrent les passages de son observation donnée pages 225 et suivantes (1). C'est, avant la lettre, une description excellente de la démence précoce catatonique, sans négliger les raptus impulsifs dont on sait les dangers.

Voici maintenant, dans le groupe des démences chroniques avec paralysie, un cas typique de paralysie générale très bien observé, comme le prouvent les pages 228 et 229 du tome II. « La planche XIII, dit Esquirol, rend très bien cet état intermédiaire entre la manie et la démence », comme vous pouvez le constater sur la gravure (planche XIII) que je vous projette.

Cette paralysie générale, qu'il décrit si bien de telle sorte que le diagnostic rétrospectif en est facile, Esquirol en avait vu de nombreux cas à la Salpêtrière, et il avait fait la remarque générale que sa fréquence tenait au grand nombre de prostituées qui y étaient hospitalisées. Mais l'éclair de son génie l'éblouit. Se refusant à admettre que la méningo-encéphalite décrite par Bayle était caractéristique de la démence paralytique, il ne pouvait saisir dans la syphilis le fait rendant compte du parallélisme entre la prostitution et la paralysie générale.

J'arrive au cinquième groupe des affections mentales décrites par Esquirol : l'*idiotie* (2) :

(1) T. II, page 225.
(2) T. II, page 283.

« Le mot idiot » (1) *privatus, solitarius*, exprime l'état d'un homme qui, privé de raison, est seul, isolé en quelque sorte du reste de la nature. Du mot *idiotie*, idiot, on a fait *idiotisme*, mais comme ce dernier mot a déjà une signification grammaticale, il m'a semblé utile de lui substituer celui *d'idiotie* en le consacrant au langage médical. »

Et voici les fameuses phrases que chacun sait par cœur :

« L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre : l'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. »

Esquirol passe ensuite en revue un certain nombre de types d'idiots, qu'il décrit au physique comme au moral avec son talent clinique habituel. Il figure parmi eux Mlle E... (planche XXI), idiote typique qui :

« témoigne son affection en approchant des personnes, en se frottant contre elles, en haletant, et en faisant beaucoup de gestes. »

Pour terminer, permettez-moi de vous projeter la planche XXIV qui représente trois *crétines*. Ne vous rappellent-elles pas les trois sorcières de Macbeth ? Esquirol trouve chez les crétins les mêmes caractères que chez les idiots ; mais, ajoute-t-il (2) :

« ils se distinguent cependant de ceux-ci parce qu'ils naissent ordinairement dans les gorges des montagnes et au milieu de circonstances locales et matérielles qui ne se rencontrent point ailleurs, parce qu'ils portent des goîtres plus ou moins volumineux... »

Je m'arrête sur cette remarque, début de l'étude des corrélations entre la glande thyroïde et l'encéphale, point de départ de l'*endocrino-psychiatrie*.

Il me resterait à parcourir avec vous la *Deuxième Partie* (3) du *Traité des maladies mentales* comprenant des mémoires statistiques et hygiéniques sur la folie et la *Troisième Partie* contenant des mémoires sur l'aliénation mentale considérée sous le rapport médico-légal (4). Mais les dialogues des morts ne doivent jamais être très longs. D'autre part mon ami Delmas va maintenant évoquer Esquirol intime.

(1) T. II, page 284.
(2) T. II, page 353.
(3) T. II, pages 398-742.
(4) T. II, pages 743-864.

En conclusion, rendons hommage à Esquirol, fondateur de la clinique mentale moderne. Il fut un observateur très perspicace et très fin. Beaucoup plus clinicien que pathologiste, il a laissé des descriptions toujours vraies ; et très bon pour les malades, il a montré par son exemple la valeur de cette bonté comme clef des âmes tourmentées.

En second lieu il a été l'organisateur de la psychiatrie en France par sa double activité constructive. Il a construit et organisé les asiles d'aliénés. Et il a couronné son œuvre par un instrument législatif : la loi de 1838 qui, pendant un siècle, s'est montrée viable et qu'il suffit de savoir adapter, par quelques retouches, à la situation actuelle.

Esquirol intime, par M. F. Achille Delmas.

Messieurs,

Dans l'époque de violence que nous traversons, il n'est pas de devoir plus pressant et, dirai-je volontiers, de réconfort plus grand que d'évoquer et d'exalter les grands hommes de France qui se sont consacrés aux œuvres de paix et de solidarité humaine. Parmi ces nobles figures, dont le culte pieux que nous leur avons voué anime notre fierté et soutient nos espoirs, il n'en est pas de plus pure que celle de Jean-Etienne-Dominique Esquirol, mort le 12 décembre 1840, il y a un siècle.

Après l'éloquent éloge du Professeur Laignel-Lavastine, qui vient de rappeler devant vous et sa carrière et son œuvre, permettez-moi de faire revivre un moment l'exemple moral que nous offre cette âme à la fois ardente et suave.

Les deux traits dominants de la personnalité d'Esquirol furent d'une part une générosité native du cœur, d'autre part une finesse d'esprit particulièrement remarquable.

La première inspira et soutint l'ardeur agissante de son magnifique apostolat ; la seconde donna à tout ce qu'il entreprit la justesse, la mesure, et, pourrait-on dire, la grâce.

Sa générosité se révéla de bonne heure comme le montre l'anecdote suivante : pendant son séjour à Narbonne, en pleine tourmente révolutionnaire, il entra un jour par curiosité dans un tribunal qui, à Narbonne, comme dans toutes les cités de France pourvoyait la guillotine. L'avocat, chose étrange, prononçait une plaidoirie en alexandrins pompeux, et cette poésie inattendue paraissait aussi insipide qu'inefficace. Esquirol ne put retenir son indignation et, se précipitant à la barre, au

risque même de sa vie, il entreprit un plaidoyer qui sut émouvoir les juges et arracha l'acquittement, chose exceptionnelle en ce temps-là.

Quelques années plus tard, sa rencontre avec Pinel lui ouvrit les voies d'une véritable vocation de dévouement au sort des aliénés, à laquelle il se voua désormais jusqu'à sa mort. C'est par lui que la réforme bienfaisante réalisée par Pinel à la Salpêtrière fut imposée aux pouvoirs publics et étendue non seulement à toute la France, mais encore à l'étranger. Dès 1804 et avant même d'avoir passé sa thèse, Esquirol prenait l'initiative d'adresser un mémoire de protestation au Préfet de police Dubois qui venait de prendre un arrêté exigeant que tout aliéné fût interdit avant d'être admis dans un asile ou dans une maison de santé ; grâce à la généreuse intervention d'Esquirol, cet arrêté ne fut jamais appliqué.

En 1814, comme aujourd'hui, hélas ! Paris fut occupé par l'étranger. Son service ayant été partiellement transformé en ambulance, Esquirol se dévoua avec la même bonté agissante à ses nouveaux malades ; c'est la seule infidélité qu'il fit à son apostolat exclusif pour le bien des aliénés.

Il est curieux de noter, pour bien mettre en lumière la tendre sensibilité d'Esquirol, le chagrin qu'il éprouvait quand il s'apercevait, devenu grand consultant, que ses clients l'évitaient en public. « Fatale profession ! a-t-il écrit ; on s'honore de ne pas me connaître ; ceux-là surtout, dont j'ai les secrets, me traitent en paria et ont besoin des ténèbres ou du huis-clos pour me serrer la main. »

Il souffrit encore vivement quand l'opinion publique l'accusa de voir partout des malades et de vouloir sauver la vie à des coupables. « On veut, s'écria Dupin l'aîné, substituer Charenton à la Bastille ! » Esquirol défendait avec éloquence la cause des aliénés irresponsables : « A Dieu ne plaise, écrit-il, que, fauteur du matérialisme et du fatalisme, nous voulions crier ou défendre des théories subversives de la morale, de la société ou de la religion. Nous ne prétendons pas nous constituer les défenseurs du crime et transformer les grands attentats en accès de folie ; mais nous ne croyons pas que la doctrine de la monomanie soit autre chose que le crime excusé par le crime même. Ce mot de monomanie, nous l'avons déjà dit, n'est ni un système ni une théorie ; c'est l'expression même d'un fait observé par les médecins de tous les temps... Ces conséquences peuvent paraître étranges aujourd'hui ; un jour, nous l'espérons, elles deviendront des vérités vulgaires... A la fin du XV[e] siècle Marescot, Riolan

et Duret, chargés d'examiner Marthe Brossier, accusée de sorcellerie, terminèrent leur rapport par ces mots mémorables : *Nihil a demone, multa ficta, a morbo pauca.* Nous, nous dirons, en caractérisant le meurtre des monomaniaques homicides : *Nihil a crimine, nulla ficta, a morbo tota.* »

Dans une autre circonstance, il montra combien la générosité et le sentiment de la justice l'emportaient en lui sur ses propres préférences. Le Professeur Lallemand, de Montpellier, accusé d'inspirer à ses élèves des principes révolutionnaires, s'était vu retirer sa chaire. Casimir Pinel raconte à ce propos : « Esquirol, je le tiens de lui, prit chaudement à cœur la cause de Lallemand et la plaida avec d'autant plus de ferveur qu'il avait des opinions politiques différentes des siennes. Esquirol était royaliste, mais il était, avant tout, un homme juste, loyal et honnête, incapable de rester indifférent devant la mesure prise contre un professeur dont il admirait le caractère et appréciait le savoir, à plus forte raison d'en devenir le complice. En sa qualité d'inspecteur général des Facultés de médecine, il demanda à être chargé d'instruire cette affaire, qui se termina, selon ses désirs, dans l'intérêt de la justice et de la science. »

C'est de la même manière et avec le même esprit d'indépendance qu'il empêcha la suppression du collège de Sorèze, entaché de libéralisme.

Esquirol avait pour ses élèves une affection toute particulière et il éprouvait une joie intime à se trouver familièrement au milieu d'eux ; au cours de son enseignement clinique au lit des malades, il prenait naturellement le ton de la conversation amicale et sollicitait chacun d'intervenir. Le dimanche matin, il recevait ses élèves et les retenait volontiers à sa table. Un jour, Moreau de Tours évoquant devant René Semelaigne le souvenir de ces réceptions sans faste concluait cependant : « On déjeunait d'ailleurs fort bien chez M. Esquirol ». Il fut ainsi le chef incontesté et affectionné d'une brillante école et dans la phalange qui s'était ainsi formée à ses côtés on peut citer les noms de Georget, Falret, Voisin, Leuret, Foville, Calmeil, Moreau de Tours et Baillarger.

La passion qu'il apportait à son action réformatrice et régénératrice, Esquirol la poussait jusqu'aux moindres détails, tant était grand son souci constant d'assurer aux malades les moindres chances de guérison ou d'amélioration ou, à défaut, tous les soulagements possibles, fussent-ils infimes. C'est ainsi qu'il approfondit tous les moyens de construction, d'aménagement, d'organisation et de marche des établissements consacrés aux aliénés

afin de tout faire concourir à la thérapeutique. Il avait acquis une compétence toute spéciale à cet égard, dont bénéficia non seulement son pays, mais encore l'étranger. Dans une visite des manicomes, qu'il avait entreprise en Italie, il fut invité par le Roi à visiter à Turin un établissement nouvellement construit. Il n'hésita pas à en démontrer au Roi toutes les imperfections, si bien que le Roi destine l'établissement défectueux à une caserne et ordonne qu'il en soit édifié un nouveau sur les données d'Esquirol. De même, en Belgique, après la visite de la colonie de Gheel, il rédigea pour le ministre de l'intérieur de Hollande un rapport qui servit à la réorganisation de cette colonie modèle, qui a inspiré depuis à Auguste Marie la création de nos colonies familiales du Cher.

Esquirol avait écrit : « Quel est celui qui peut se promettre qu'il ne sera point frappé d'une maladie qui marque ses déchéances dans tous les âges, dans tous les sangs, dans toutes les conditions ? » C'est pourquoi il s'intéressa aussi à la création d'une maison de santé privée pour les malades aisés. Il existait déjà, avant la révolution, fondée par le Dr Belhomme, la maison de santé sise 163 rue de Charonne ; elle existe toujours, dirigée aujourd'hui par notre éminent collègue Vurpas. Si Esquirol ne fut donc que le second à fonder une maison de santé privée, il fut dans cette fondation un novateur encore par le soin minutieux qu'il apporta à préciser dans tous les détails ce que doivent être l'organisation et la thérapeutique dans les maisons de santé privées. Puisque j'ai l'honneur d'être à travers une lignée d'aliénistes illustres, le successeur d'Esquirol lui-même à la maison de santé d'Ivry, qu'il me soit permis d'insister quelque peu sur ce nouvel aspect de son œuvre. A vrai dire l'entreprise d'Esquirol avait eu des débuts modestes. C'est dans une maison, entre cour et jardin, au 23 de la rue Buffon, qu'Esquirol reçut d'abord quelques malades. C'est là notamment que fut soigné Lamennais qui préludait à sa vie inquiète et tourmentée par un accès de dépression mélancolique. Mais, très rapidement, les demandes affluent. Esquirol se décide à transporter sa maison à Ivry qui était à cette époque une campagne quelque peu lointaine où on venait surtout chasser la caille. Il y fit construire notamment les galeries qui sont toujours en service ; c'était une division pour agités, dont le plan est reproduit dans beaucoup d'anciens traités de maladies mentales et qui peut aujour'hui encore servir de modèle.

Les principes sur lesquels Esquirol insistait, pour la conception de ces galeries, étaient les suivants :

1° toutes les chambres au rez-de-chaussée : cela évitait les escaliers d'une part, les grillages aux fenêtres d'autre part ; cela permettait enfin pour les malades l'accès libre et de plain-pied au jardin, par une fenêtre basse et facile à enjamber ;

2° la porte devait être placée en face de la fenêtre afin de ménager deux accès en sens opposé, en cas de nécessité d'intervention brusque du personnel.

Ainsi tout était prévu pour le maximum de liberté et le minimum de contrainte.

Quant à l'ensemble de l'établissement, les principes les plus généraux étaient :

de grands espaces permettant l'exercice, la promenade, et même des sports ;

la séparation des formes aiguës, des formes légères et des convalescences ;

la recherche de tout ce qui pouvait se rapprocher de la vie de famille ;

la présence des médecins aux repas pris en commun et aussi le plus possible au salon de réunion, aux séances de récréation et aux promenades.

Il insistait plus particulièrement sur ce dernier point qui permettait le mieux au médecin de connaître son malade, d'obtenir sa confiance et de renouveler fréquemment une action psychothérapique d'autant plus efficace qu'elle était amicale. Cette tradition dont on admire qu'il ait pu la pratiquer en dépit de nombreuses charges et qui fut maintenue longtemps par ses élèves, est quelque peu tombée en désuétude. Je l'ai pratiquée moi-même pendant de nombreuses années et je lui dois beaucoup. J'avoue humblement que je n'y ai pas persévéré et j'ai passé la tâche à mes internes. Peut-être avons-nous moins de dévouement que nos aînés. Peut-être aussi avons-nous l'habitude d'une vie plus dispersée. Quoi qu'il en soit, la méthode d'Esquirol reste la meilleure non seulement pour l'action thérapeutique, mais encore pour une plus parfaite acquisition de l'expérience clinique. Il serait intéressant à ce propos d'écrire ce que la clinique psychiatrique doit plus spécialement aux aliénistes qui ont vécu la vie de maison de santé ; c'est un sujet de thèse qui devrait bien tenter un de nos futurs confrères.

Ce n'est pas sans émotion que j'ai évoqué à propos d'Esquirol un temps qui apparaîtra quelque peu idyllique, par rapport à une époque où nous sommes invités à être résolument réalistes et où un écrivain surréaliste — nom oblige ! — n'a pas craint de proclamer la formule : « Ventre d'abord ».

Au risque de paraître un idéaliste attardé et rebelle à toutes les sortes de révolutions qu'on nous propose et dont je crains qu'elles ne soient plutôt des régressions, j'éprouve une grande satisfaction à rappeler pour m'y associer quelques formules exprimant la générosité et la douceur d'Esquirol, sentiments que j'ai voulu surtout mettre en lumière chez lui. Dans son rapport de 1818 sur les établissements consacrés aux aliénés et des moyens de les améliorer, Esquirol s'écriait : « Ceux pour lesquels je réclame sont les membres les plus intéressants de la société, presque toujours victimes des préjugés, de l'injustice et de l'ingratitude de leurs semblables... », et il concluait ainsi : « Peut-être n'aurai-je écrit que pour moi. Si je ne puis être utile en espérant l'être, si je n'ai fait qu'un beau rêve, ce rêve, du moins, m'a laissé l'espérance. »

Je terminerai par la formule bien connue d'Esquirol : « Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir », c'est là la charte abrégée de notre profession de psychiatre. Mais je la transposerais volontiers à toute notre pauvre humanité qui en a présentement bien besoin en disant : « Il faut aimer les hommes, tous les hommes, pour être digne et capable de les servir ».

Deux autographes d'Esquirol, présentés par M. G. Heuyer.

A l'occasion du centenaire d'Esquirol, nous présentons deux autographes.

Le premier est une consultation rédigée par Esquirol lui-même, le 23 août 1813. Esquirol était alors un jeune médecin ; il est vraisemblable qu'il a appelé en consultation le docteur Deguise. Deux faits nous le laissent supposer : d'une part, Esquirol a écrit de sa main le texte de la consultation, d'autre part, la signature du docteur Deguise se trouve à droite, place classique de la signature du médecin consultant.

Le deuxième autographe est plus intéressant. Il s'agit d'une lettre adressée par Esquirol à Mme Jones, le 17 décembre 1830, 40, rue Basse, à Passy. Cette lettre est intéressante à plus d'un titre ; elle témoigne de la prudence et du bon sens d'Esquirol qui se refusait à aller arrêter chez lui un aliéné et de s'occuper de son transfert à la Maison de Santé ; elle est rédigée en un style dont l'élégance et la précision montrent la haute culture que l'on retrouve dans tous les écrits d'Esquirol ; enfin, cette

lettre est un témoignage en quelque sorte historique de la procédure de l'internement d'office avant la loi de 1838. Esquirol mentionne avec le certificat du docteur Creciat (sans doute médecin du malade), l'autorisation du maire de Passy. Mme Jones devait se rendre à la Préfecture de Police et s'adresser à un fonctionnaire dont Esquirol donne le nom, M. Cleot ; c'est ce chef de Bureau qui était chargé de faire arrêter M. Jones, lorsque celui-ci serait à Paris.

Ainsi, les mêmes problèmes se sont posés à toutes les époques. L'un des plus délicats est celui que doit résoudre le médecin quand il est appelé en ville auprès d'un malade mental, c'est alors qu'il lui faut allier le bon sens à la décision et à la prudence.

Texte de l'autographe I

« Nous soussignés réunis pour donner notre opinion sur la santé « de M. ... et pour indiquer les moyens propres à eombattre cet état, « avons arrêté ce qui suit.

« 1° Il est impossible de méconnaître une démencc compliquée de « paralysie.

« 2° Quant au pronostic, il n'offre que des espérances très incer- « taines pour le rétablissement.

« 3° Nous proposons l'isolement comme première condition à tout « traitement méthodique ; il convient de placer le malade dans une « Maison eonsacrée à eette espèce de Maladie.

« Nous ne pouvons indiquer des vues de traitement, puisqu'il sera « dirigé par les médeeins qui présideront à l'Etablissement dont nous « venons de parler. Cependant nous eroyons qu'un traitement sudo- « rifique, tel quc bains chauds, bains de vapeur, toniques sudorifi- « ques, etc., pourraient peut-être améliorer son état, on doit eonti- « nuer les exutoires.

« *Fait à Paris, le 23 août 1813.*

« Esquirol, Deguise. »

Texte de l'autographe II

Madame Jones, rue Basse, n° 40, à Passy

« Madame,

« M'étant engagé témérairement à envoyer prendre M. Jones par « les domestiques de chez moi, j'ai dû consulter, avant d'exécuter « une chose que je n'avais jamais faite. On m'a bien défendu de me « mêler de la translation du malade. N'ayant aucune autorité pour « violer la liberté de qui que ce soit, ni même pour faire exécuter un « ordre de restreindre donné par une autorité.

« La crainte de devenir un sujet ou de scandale ou de vindicte « publique ne me permet point de remplir la promesse que j'avais « faite.

« Il me semble qu'avec le certificat de M. Creciat, l'autorisation du « maire de Passy, l'on pourrait se rendre à la préfecture de police « où l'on demandera M. Cleot, chef de bureau. On priera M. Cleot « de faire arrêter M. Jones lorsque celui-ci sera à Paris, et de le faire « conduire à Ivry.

« Il résultera de là que M. Jones, arrêté par la police, n'aura point « à s'en prendre à la famille, puisqu'il aura été arrêté hors de chez « lui. Cette arrestation aidera à lui prouver que tout le monde le croit « aliéné et laissera à la famille des moyens pour le calmer et lui « apporter des consolations, quand il sera dans une maison de santé.

« Le porteur de la présente lettre est un homme intelligent qui « pourra aider, de ses avis, pour l'exécution des conseils que je viens « de donner et que je crois préférables à tout autre parti, dans l'in- « térêt de M. Jones et de sa famille.

« Je suis avec la plus parfaite considération, Madame, votre très « humble serviteur.

« *17 déc. 1830.*

« Esquirol. »

A propos du Centenaire d'Esquirol, par M. X. Abély.

Il est d'usage de dire qu'Esquirol est l'inspirateur, sinon l'auteur moral de la loi de 1838. Cet éloge est insuffisant. Certes, Esquirol a pris une part considérable à l'éloboration de cette loi. Mais elle est loin d'avoir adopté toutes ses idées. Si toutes les directives du grand aliéniste avaient été suivies, la législation des aliénés aurait été plus large et plus généreuse. Sur ce point l'œuvre d'Esquirol n'a pas vieilli. Non seulement les mesures qu'il préconisait se retrouvent inscrites dans les projets modernes, mais encore elles apparaissent beaucoup plus hardies que toutes celles proposées.

J'en citerai quelques exemples. Il ne se contentait pas de demander le placement spontané ; il voulait faciliter l'entrée dans les asiles et rendre le formalisme plus libéral afin d'aboutir à un traitement plus précoce. Il se faisait l'ardent défenseur du secret des familles que ne respectait pas suffisamment le projet de 1838. Il protestait contre le droit accordé au Préfet d'ordonner les sorties sans avis médical préalable. Il s'élevait contre la multiplicité des personnages sans compétence appelés à visiter les aliénés. Il s'opposait à la prérogative donnée à l'autorité judi-

ciaire irresponsable et incompétente (selon ses propres expressions) de juger la valeur des requêtes des internés. Il qualifiait d'injuricuse la contre-visite officielle des entrants dans les Maisons de santé privées. Pour lui, le médecin devait avoir la place prépondérante dans les établissements d'aliénés. Il préconisait la construction de grands asiles régionaux pour les soustraire à l'emprise mesquine et parcimonieuse des départements. On voit que l'œuvre d'Esquirol est restée toute moderne et que les rénovateurs de la loi de 1838 pourraient la lire avec fruit.

Il est un point que je voudrais souligner encore, en raison même de son opportunité présente : il s'indignait que fussent admis dans les mêmes établissements « les aliénés, les criminels et les femmes de mauvaise vie ». Il stigmatisait trente-trois villes françaises qui se trouvaient dans ce cas. Il se réjouissait par contre de constater que Paris, dans ses établissements de Bicêtre et de la Salpêtrière, était exempt de cette flétrissure.

Il ne pensait certes pas que cent ans après sa mort, l'asile le plus connu de la capitale française pût réunir dans le même voisinage les malades du cerveau, les détenues et les filles publiques de Saint-Lazare. Ses mânes doivent en frémir. Il m'a semblé que ce centenaire était une occasion opportune de s'étonner d'une mesure qu'Esquirol aurait considérée comme une incroyable régression.

COMMUNICATIONS

Grossesse et tabo-paralysie générale juvénile,
par MM. P. Loo et H. Marlot.

Nous nous proposons de donner ultérieurement l'observation d'une malade, récemment entrée dans notre service, atteinte de tabo-paralysie générale juvénile. Il s'agit d'une forme peu fréquente, puisque MM. Roger et Paillas, de Marseille, publiant deux cas personnels en 1936 (1), n'en avaient trouvé que 15 dans la littérature médicale.

Cette observation soulève des considérations étiologiques, cliniques et thérapeutiques que nous réservons, mais en outre elle pose une question de déontologie urgente à résoudre, que nous

(1) Henri Roger et Jean Paillas. — La tabo-paralysie générale infanto-juvénile, *Encéphale*, décembre 1936.

venons vous soumettre aujourd'hui, bien que n'étant pas inscrits à l'ordre du jour de cette séance.

En novembre dernier, nous fûmes appelés à examiner chez elle une jeune fille de 21 ans, à la suite d'une « syncope », qui fut peut-être un ictus, suivi d'un épisode hallucinatoire de quelques heures (audition de chant et de musique). L'examen montra des signes neurologiques de tabès et ceux, biologiques, d'une syphilis nerveuse.

Un traitement arsénio-bismuthique conjugué fut immédiatement institué et renouvelé après un mois de repos. Revue pour la deuxième fois sitôt la fin de la 2e série du traitement combiné l'aspect clinique s'était accentué au point de vue psychique (niaiserie, euphorie) et la formule biologique seulement atténuée : 5 lymphocytes au lieu de 10 ; 40 centigr. d'albumine au lieu de 80 ; la densité optique de Vernes était de 35 au lieu de 105 ; les autres réactions dans le sang et le liquide céphalo-rachidien restant entièrement positives.

Nous avons appris alors que la malade venait de se marier, étant enceinte de deux mois environ.

Donc, tabo-paralysie générale juvénile, peu modifiée biologiquement malgré un traitement intensif, et en voie d'aggravation au point de vue mental.

Comment envisager ici les traitements classiques par malaria et arsenics pentavalents ?

Les auteurs sont à peu près unanimes à signaler les dangers du paludisme dans la grossesse, paludisme entraînant des accidents viscéraux, une anémie intense et « la mort du fœtus suit l'accouchement prématuré qui est de règle » (1). Leroy et Médakovitch dans leur livre sur la malariathérapie disent que « la gravidité est, d'après Spicthoff, jusqu'au commencement du 6e mois, une contre-indication ». En somme, danger de la malaria dans la grossesse, proscription de cette thérapeutique avant le 6e mois. En outre, traitement entraînant l'usage parfois intensif de la quinine dont on peut redouter l'action abortive. Enfin, on peut invoquer encore l'action néfaste du paludisme sur le fœtus.

En ces conjectures, beaucoup d'auteurs conseillent de s'abstenir pour recourir aux traitements par les arsenics pentavalents, mais ils sont formellement contre-indiqués ici, à cause du tabès associé.

Il nous reste donc, bien que particulièrement dangereux ici, un seul recours : l'impaludation. Mais celle-ci ne pouvant être appliquée qu'à partir du 6e mois, nous devons donc laisser évoluer trois

(1) *Encyclopédie médico-chirurgicale*, fasc. 8080, page 14.

mois encore une paralysie générale qui, d'après le rythme des étapes passées, nous semble être un danger éminent du point de vue mental et même vital.

D'autant plus que la grossesse aggrave la paralysie générale. Leroy et Médakovitch (1) ont rapporté un cas d'évolution extrêmement rapide d'une paralysie générale non traitée au cours de la grossesse. C'était l'opinion de Colin et Robin (2) qui ont constaté des paralysies générales à « évolution foudroyante » ; « la maladie brûle les étapes », disent-ils, et ils rapportent un cas où « la puerpéralité avait agi comme un véritable traumatisme ».

« L'influence désastreuse de la grossesse sur la maladie de Bayle » était déjà signalée par Dubrissay en 1854.

Pinard dit qu'on « doit interrompre une gestation quand une maladie produite ou aggravée par elle menace la vie de la femme ». Aggravée, c'est bien le cas de la paralysie générale.

Le récent code de déontologie admet l'avortement thérapeutique en cas de nécessité pour sauver la mère. Celle-ci nous paraît en danger, du fait de la grossesse et parce que, celle-ci d'une part, le tabès de l'autre, nous empêchent d'appliqur les seuls traitements efficaces et urgents. Aussi nous nous demandons si un avortement thérapeutique ne serait pas indiqué ici, et nous sommes venus, Messieurs, vous le demander.

M. Noël Péron. — Si l'impaludation est peu indiquée, malgré la possibilité de réduire la malaria avec de petites doses de quinine non abortives, le stovarsol doit être essayé à condition de surveiller le fond d'œil.

Ce n'est pas le problème de l'enfant que M. Loo nous pose. On ne peut toutefois pas le négliger. Quel est pour lui l'importance du risque ? J'ai observé à la Salpêtrière deux paralytiques impaludés — homme et femme — qui se sont mariés à leur sortie, physiquement très améliorés. L'enfant qu'ils ont eu a été examiné par un pédiatre, syphiligraphe averti. Il a déclaré que cet enfant était indemne de toute tare d'hérédo-syphilitique.

M. Heuyer. — La loi autorise l'avortement thérapeutique quand il y a danger pour la mère. Or il n'y a pas danger immédiat, et en tous cas pas assez urgent pour s'abstenir du traitement au stovarsol constamment surveillé. La réponse que l'on

(1) Leroy et Médakovitch. — *Annales Médico-psychologiques*, 1932, T. I, p. 38.

(2) Colin et Robin. — *Annales Médico-psychologiques*, 1923.

peut donner à M. Loo est simple. Il faut demander l'avis d'un accoucheur et prendre ensuite la responsabilité du traitement.

MM. Guiraud et Laignel-Lavastine déclarent être du même avis.

M. Ach. Delmas. — Dans 90 % des cas, les enfants de paralytiques généraux présentent des réactions biologiques négatives.

M. Loo. — Si j'insiste pour avoir l'avis de la Société, c'est parce que je considère que la mère est en danger. Ce ne serait pas sans appréhension que j'injecterais des doses fortes et répétées de stovarsol à une paralytique générale dont le frère est atteint de cécité par hérédo-syphilis. Il y a sans doute une grande fragilité de l'appareil visuel dans cette famille.

M. Ach. Delmas. — Ce n'est pas démontré, mais il est évident que la responsabilité du traitement ne peut être prise qu'après avoir fait pratiquer les examens nécessaires de l'appareil visuel.

Impulsions inconscientes et amnésiques au cours d'une psychose mélancolique, par MM. Henri Ey et Paul Bernard.

Parmi les psychoses dites réactionnelles aux événements de juin 1940 que nous avons observées, un cas a retenu spécialement notre attention par son caractère exceptionnel. Il s'agit d'une jeune femme qui tua un de ses enfants, en blessa un autre et tenta de s'égorger au cours d'un état crépusculaire inconscient et amnésique, suivi quelques semaines après d'une crise de mélancolie confuso-anxieuse dont elle a complètement guéri.

I. Libéricide et tentative de suicide inconscients et amnésiques. — Lors des événements de juin 1940, Mme P., 38 ans, en compagnie de son mari et ses enfants, avaient quitté leur ferme dans un village d'Eure-et-Loir depuis quatre jours, dans la crainte de l'occupation et des bombardements. Mme P. était, depuis son dramatique départ, dans un état d'anxiété extrême. Elle avait très peur, dormait très peu et mangeait très mal. Dans la nuit du 14 au 15, Mme P. se trouvait dans leur charrette avec son mari et ses enfants : sa petite fille de 9 ans et son petit garçon âgé de 2 ans et 4 mois. Elle s'est endormie auprès des siens d'un sommeil plus ou moins profond. Un moment, au cours de la nuit, elle s'est levée, a enjambé le corps de son mari qui dormait auprès d'elle, probablement pour faire ses besoins

dans le fossé. Le mari, légèrement réveillé, s'est rendormi. Son sommeil a été à nouveau brusquement interrompu par les hurlements de sa petite fille, à qui sa mère avait essayé de trancher la gorge. Mme P. était en train, elle-même, de tenter de s'égorger à l'aide d'un couteau ; quant au petit garçon, il gisait dans la charrette, mort, la tête presque séparée du tronc.

Voyant sa femme hébétée, le mari terrifié lui fit des reproches mais elle ne paraissait pas consciente de ce qui se passait ; elle était immobile et silencieuse. Ce n'est que deux heures après qu'elle parut reprendre conscience et elle dit : « Mais qu'est-ce que j'ai fait là ? » témoignant ainsi que, malgré son état d'obnubilation après le drame, elle en avait plus ou moins confusément perçu la réalité, soit par ce qu'elle avait vu, soit par ce qu'on lui avait dit. Elle voulut revoir le corps de son petit garçon qu'elle avait tué, mais son mari l'en empêcha. Elle manifesta encore pendant quelques jours un certain degré d'obnubilation, mais elle put cependant continuer l'exode, pendant quelques jours, en compagnie de son mari et de sa petite fille, et finalement rentrer dans leur foyer. Il convient de souligner qu'en raison de la désorganisation administrative due aux circonstances, aucune enquête ne fut faite et aucune instruction ouverte. Elle put reprendre normalement son existence familiale malgré son désespoir ; son mari s'inquiétait pourtant un peu de quelques idées de persécution et de jalousie. Elle voulut remplacer son petit garçon et devint enceinte vers la fin juillet. En septembre, sa grossesse s'interrompit spontanément, elle devint de nouveau très anxieuse, parlait de se tuer et d'entraîner son mari dans la mort. A partir de ce moment, elle devint de plus en plus anxieuse, inquiète et elle fut conduite à l'hôpital de Chartres, d'où elle fut internée à l'hôpital psychiatrique de Bonneval, le 12 octobre 1940.

II. Analyse de la psychose présentée par Mme P. — Voici d'abord comment se sont déroulées les différentes phases de *l'évolution* des troubles mentaux que nous avons pu observer dans le service. Les premiers jours de son entrée, Mme P. paraissait assez calme malgré quelques réactions anxieuses somme toute assez bien adaptées à la condition de l'internement et au drame du mois de juin. Elle manifestait surtout une certaine crainte de la justice ; elle avait peur d'être punie. Assez rapidement cette inquiétude s'accrut et se projeta dans une ébauche d'activité hallucinatoire qui lui faisait entendre dans la bouche d'autrui, sous forme d'accusations, ses propres remords. L'anxiété devint de plus en plus vive et s'accompagna d'un syndrome subconfusionnel de plus en plus marqué. Cette période confuso-anxieuse dura jusque vers le 20 novembre. Au cours du mois de décembre et de janvier les troubles mentaux s'amendèrent progressivement, rapidement et complètement.

L'anxiété constituait le fond même de la psychose. D'humeur toujours sombre, toujours tremblante, angoissée, elle pleurait et gémis-

sait, elle refusait de s'alimenter. Cette anxiété, sans doute centrée sur le crime qu'elle avait accompli, était cependant plus diffuse à mesure même qu'elle devenait plus intense, jusqu'à présenter par moment un véritable caractère pantophobique.

La projection délirante de l'anxiété se manifestait d'abord par des craintes de châtiment et surtout par une ébauche de thèmes de persécution, intensément vécus dans ses perceptions actuelles (illusions, interprétations, hallucinations). C'est ainsi qu'elle n'entendait autour d'elle qu'accusations, menaces, propos indignés, etc... L'ensemble de la situation vécue pendant les semaines de grande anxiété était empreinte d'une signification pathétique et dramatique telle que tous les événements, l'ambiance, les personnes baignaient dans une atmosphère de drame terriblement angoissant. Quand le mécanisme de projection anxieuse exprima un trouble moins profond de l'organisation de la conscience morbide, il ne se traduisit plus que par quelques idées d'indignité et d'auto-accusation. Il fut ainsi aisé de saisir, corrélativement à l'évolution même des troubles, la gradation et la dégradation des formules délirantes qui exprimaient leur profondeur, à savoir transformations successives des thèmes de persécution et d'auto-accusation et oscillation des mécanismes de projection allant de l'interprétation à l'hallucination.

C'est au cours d'un certain degré de *confusion mentale* que ce sont déroulés tous les symptômes dont nous venons de parler. Il existait en effet comme un obscurcissement de la conscience et l'ensemble des opérations psychiques se trouvait ralenti. L'activité synthétique très relâchée : la malade était très inattentive, perplexe. Ce manque de lucidité se remarquait aussi bien dans le contact lointain et comme voilé qu'on pouvait avoir avec elle que dans le désordre de son comportement correspondant à l'organisation oniroïde et anxieuse de sa conscience, sa conduite présentait un aspect fantasque et automatique ; c'est ainsi que certaines impulsions ont pu être notées : un soir, par exemple, bousculant tout sur son passage, elle s'est précipitée dans la cour et jetait des pierres dans les W.-C. Son attitude elle-même était empreinte d'une perplexité et d'un théâtralisme qui manifestaient l'obnubilation d'une conscience « uniquement remplie » des contenus délirants de l'anxiété.

A partir du mois de janvier, le tableau clinique s'est considérablement éclairci, seule l'anxiété a persisté sous la forme d'hyperesthésie émotionelle, d'inquiétude, de remords. Progressivement cette anxiété elle-même a disparu et la malade a pu juger avec lucidité et même un certain sang-froid la période de troubles qu'elle venait de traverser. Notamment, le souvenir de tous les événements externes ou internes de toute la période de son internement était bien précis. Elle ne tarda pas à s'occuper activement, à se montrer normale à toutes ses réactions et spécialement envers les actes dramatiques qui avaient, en juin 1940, ouvert le tableau clinique.

Au point de vue physique, seul un syndrome endocrinien était à retenir. Elle présentait un léger degré d'hypertrophie thyroïdienne sans syndrome de Basedow et sa menstruation s'arrêta au cours du mois de novembre et de décembre. Il y a lieu de rappeler à ce propos que le début de la psychose, en septembre, se produisit après un avortement.

La thérapeutique instituée a été la suivante : purgation, régime hypotoxique, laudanum, chlorure de Ca. L'administration de ces deux médicaments a dû être cessée rapidement en raison de phénomènes d'intolérance très vive. Enfin elle reçut, du 20 novembre 1940 au 17 janvier 1941, une série d'injections d'hormone gonadotrope et de folliculine qui restaurèrent sa menstruation et confirmèrent la guérison.

III. Antécédents. — Il n'existe pas d'antécédents psychopathiques connus dans la famille ni de maladie importante à signaler. Par contre l'analyse de la personnalité pré-psychotique est intéressante. Mme P. a toujours présenté les traits d'une constitution hypérémotive, elle s'est montrée tout au long de son existence très nerveuse, impressionnable. En 1932, elle présenta une crise d'anxiété assez vive à la suite d'une violente émotion : un de leurs voisins tua 4 personnes et elle fut naturellement très impressionnée par ce crime. Rien cependant dans les mois qui précèdent les événements de juin 1940 ne faisait prévoir la psychose qui a éclaté au cours de l'exode alors qu'elle était terrifiée et épuisée.

1° *Comment caractériser l'ensemble de la psychose ?* — La psychose présentée par notre malade entre incontestablement dans le cadre des psychoses paroxystiques. S'agit-il d'une psychose confusionnelle, d'une psychose périodique ou d'une psychose épileptique ? L'importance des troubles négatifs (état crépusculaire de la conscience, du désordre idéo-moteur, obnubilation) dans le tableau clinique apparente certainement cette psychose aux états confusionnels ; soulignons cependant la prépondérance de l'élément anxieux, la conservation du souvenir et de l'orientation comme signes permettant de rejeter le diagnostic de confusion mentale. Quant à l'épilepsie, rien ne nous permet de conclure dans ce sens : il n'y a jamais eu non seulement de crises convulsives mais jamais d'accidents comitiaux d'aucune sorte et la psychose qui a motivé son internement n'a pas présenté le caractère de brièveté si remarquable dans la psychose paroxystique comitiale. Il reste donc pour nous évident que s'il faut placer dans le cadre de psychoses paroxystiques les troubles mentaux présentés par notre malade dans une de leurs trois variétés principales c'est au groupe des psychoses périodiques

intermittentes de type maniaco-dépressif que nous devons les rattacher. Les états confuso-anxieux sont bien loin d'être exceptionnels dans ces formes périodiques et s'il est exact que de telles structures psychotiques ne définissent pas le trouble fondamental de l'humeur qui centre et anime tout le tableau clinique, nous pouvons rappeler que l'anxiété constituait ici le fond de la maladie. Le caractère hyperémotif, les tendances dépressives de la personnalité pré-psychotique, la notion d'une petite crise anxieuse quelques années auparavant, l'importance de l'auto-accusation, la tonalité mélancolique des idées délirantes de persécution, le refus d'aliments, les tendances au suicide, sont autant d'arguments que nous pouvons faire valoir en faveur du diagnostic de *mélancolie à forme confuso-anxieuse*.

2° *Comment caractériser l'état psychopathique au moment des actes criminels ?* — C'est dans une sorte de demi-sommeil que Mme P. a exécuté ses actes criminels. Elle était très anxieuse depuis deux jours et à peu près complètement épuisée de fatigue et d'émotion.

Un premier fait paraît incontestable c'est *l'amnésie des actes*. Elle ne se rappelle pas être descendue de la charrette et elle ne se rappelle pas avoir pris le couteau dans la poche de son mari. Encore moins peut-on dire se rappelle-t-elle la succession de ces gestes tragiques. Les déclarations n'ont jamais varié à cet égard et cela même quand elle présenta des idées d'auto-accusation, période au cours de laquelle s'il y avait eu dissimulation il semble que cette attitude aurait dû tomber. Cette amnésie est lacunaire et porte sur les événements de la nuit. Les souvenirs réapparaissent seulement dans l'organisation de sa mémoire à partir de la deuxième heure après le drame.

Un deuxième fait c'est *l'automatisme des actes*. Il s'agit d'une activité automatique car elle paraît avoir échappé entièrement à la conscience d'après ce que nous pouvons en savoir et elle a échappé incontestablement à la volonté de la malade. Le contraste est si saisissant entre les effroyables effets des impulsions de Mme P. et ses intentions antécédentes et consécutives, que force est bien d'admettre que s'il y a eu « volonté » ce ne pouvait être qu'une obscure et quasi-inconsciente intention demeurée comme ensevelie dans l'état crépusculaire de la conscience au moment du raptus anxieux.

Un troisième fait c'est la *valeur altruiste des actes criminels*. Il est immédiatement compréhensible et évident que l'ensemble des actes obéissait à une finalité bien connue en psychopathologie et que la notion de « suicide élargi » exprime clairement.

La seule considération de ces actes automatiques accomplis au cours d'un raptus anxieux inconscient et amnésique pose un problème redoutable du point de vue médico-légal, c'est la question de ce que les anciens auteurs appelaient « la folie subite » (cf. le rapport de Vallon au Congrès de 1898), les manies transitoires (Marc, Macé) ou les angoisses transitoires (Kraft Ebing). Ici, pour nous éclairer, nous avons la suite de l'évolution. Négligeons-la pour l'instant afin de poser dans toute sa rigueur le problème de la caractérisation de l'état psychopathique au moment de l'action. Il s'agit d'un bref épisode de troubles assez profonds pour avoir entraîné le déclenchement d'actes automatiques et inconscients.

Tout de suite nous pensons à l'épilepsie, à un état second, à l'automatisme comitial et amnésique. Mais en dehors de ce double caractère, l'inconscience et l'amnésie, quels signes objectifs avons-nous pour conclure à l'épilepsie ? Et l'épilepsie peut-elle se définir uniquement par des actes inconscients et amnésiques ?

On se souvient aussi de ces curieux faits d' « ivresse du sommeil » signalés par Kraft Ebing et parfois meurtriers, dont la nature comitiale a été discutée. On songe également aux bouffées confusionnelles amnésiques et quelquefois impulsives de brève durée que l'on a observées au cours des nombreuses psychoses d'épuisement somato-psychique au cours des événements de juin 1940. On ne peut manquer non plus de se rappeler ces syndromes épisodiques des dégénérés si connus chez nous depuis Magnan et auxquels Kleist parut avoir donné un regain d'actualité en Allemagne sous le nom d'episodische Dämmerzüständ (états crépusculaires épisodiques).

Mais surtout dans le cas qui nous occupe la comparaison s'impose avec ces « états seconds » (Fribourg-Blanc, Claude et Masquin) que l'on a parfois écrits au cours des paroxysmes obsessionnels ou anxieux. Le choc émotif lui-même comporte presque nécessairement une désorganisation de la conscience qui peut aller jusqu'à son éclipse, et à une libération des automatismes.

Ainsi nous ne saurions considérer l'état qui nous occupe sémiologiquement, en lui-même et par lui-même ni comme comitial, ni comme confusionnel, ni comme dégénératif, ni comme émotionnel, etc. Tout ce que nous pouvons affirmer c'est qu'il s'agit d'un *état crépusculaire à peu près totalement inconscient et amnésique que son contenu impulsif assimile à un raptus anxieux.* Seule son intégration dans une évolution morbide très déterminée peut permettre de la caractériser plus complètement au point de vue nosographique.

3° *Quelles sont les relations qui existent entre l'état crépusculaire au moment des actes criminels et le développement ultérieur d'une psychose mélancolique confuso-anxieuse ?* — Nous ne saurions nous arrêter à l'idée que l'épisode tragique a constitué un tableau clinique indépendant du développement ultérieur de la psychose, non plus qu'à l'idée de voir dans la crise dépressive qui a provoqué l'internement une simple réaction au drame qui avait bouleversé la malade. Nous préférons chercher sous la diversité des faits leur profonde unité en saisissant de quel même « travail » psychotique les actes criminels et la mélancolie consécutive sont les expressions variées mais identiques. Il s'agit d'une psychose mélancolique se développant sur un terrain constitutionnel d'hyperémotivité. A la phase prodomique de la crise, la collaboration de la fatigue, des émotions, de l'inanition a provoqué une brusque chute du niveau de l'activité psychique au cours de laquelle la malade a pour ainsi dire touché le plan de l'automatisme inconscient et amnésique. Dans la suite, sans atteindre le niveau normal elle est restée sur le plan de l'obsession, de la polarisation affective jusqu'à sa fausse-couche. A ce moment la dissolution des fonctions psychiques s'est accentuée et progressivement, à travers quelques oscillations, a entraîné la fixation à un niveau confuso-anxieux qui a constitué l'essentiel de la psychose. Envisagée maintenant du point de vue positif, l'évolution a suscité l'exagération des tendances anxieuses constitutionnelles, un brusque désespoir (raptus anxieux, libéricide et suicide), une longue phase de remords obsédants, des oscillations délirantes (persécution, auto-accusation) et enfin l'organisation d'une conscience délirante à type oniroïde où a été vécu un cauchemar persistant. Sans vouloir davantage insister sur l'analyse structurale de cette psychose on conviendra que nous en saisissons ainsi tout le développement et pour ainsi dire toute la substance. Ce cas clinique constitue un exemple de la diversité des niveaux que parcourt l'évolution d'une psychose. Tandis que les accès de la psychose périodique, des états maniaco-dépressifs sont caractérisés dans leurs formes typiques par le niveau des troubles purement thymiques, qu'ils atteignent ; tandis que certaines de leurs formes se caractérisent par des niveaux plus élevés (celui des obsessions par exemple, des névroses ou du déséquilibre psychique), d'autres admettent exceptionnellement dans leur évolution des dissolutions plus profondes au cours desquelles elles touchent au niveau habituel de l'épilepsie sans pouvoir pour cela être définies comme étant de nature comitiale : tel nous paraît être le cas de notre malade.

Les observations de ce genre qui montrent des psychoses mélancoliques anxieuses atteignant le degré de l'automatisme inconscient et amnésique ne doivent pas être tout à fait exceptionnelles si nous en croyons notre propre expérience. Il nous a été donné notamment d'étudier un cas particulièrement troublant au point de vue médico-légal. Il s'agissait d'une femme, Mme T., atteinte de psychose périodique à forme mélancolique intermittente pour laquelle elle fut internée trois fois. Au début de sa 2e crise se situait un drame, la mort de son mari tué par coup de fusil. L'enquête de police établit que c'est elle qui l'avait tué (homicide altruiste). La crise qui suivit immédiatement (ou précéda ?) la mort suspecte du mari fut une crise qui évolua au niveau d'une dissolution très profonde de type confusionnel avec onirisme anxieux. Or, malgré l'anxiété auto-accusatrice de la malade, elle n'avoua jamais avoir tué son mari. Les caractères flous et contradictoires de son récit mêlés à des souvenirs oniriques et à de profonds troubles de la mémoire permettent de se demander si dans ce cas également il ne s'agissait pas aussi d'une mélancolie marquée dès le début de son évolution par un état crépusculaire de la conscience au cours duquel la malade s'est livrée à des impulsions inconscientes et amnésiques.

M. Gouriou. — Le crime d'un mélancolique peut être inconscient, amnésique. L'épilepsie n'est pas en cause. Le problème a une grande importance médico-légale. L'amnésie évoque évidemment l'épilepsie, mais elle accompagne aussi bien les gros chocs émotionnels chez les confus, dans les états crépusculaires. On peut dire que plus le choc est violent, moins la mémoire fixe.

M. Caron. — La malade a-t-elle un passé psychopathique ?

M. Henri Ey. — C'est une hyperémotive ; elle a déjà fait un accès de dépression.

M. Ach. Delmas. — Le facteur hyperémotif explique de telles réactions. Quand on pense aux mélancoliques on considère surtout leur anxiété, mais on peut observer la conjonction d'hyperémotivité avec la crise dépressive. C'est alors qu'on assiste à des désarrois graves et le paroxysme s'accompagne d'une certaine inconscience. Prenons un exemple. Un jeune homme de 15 ans ayant sorti en fraude l'auto de son père est accidenté ; la voiture se renverse ; le jeune conducteur très ému a eu peur, mais il n'est pas blessé. Il s'empare alors du revolver qui est logé dans la sacoche et se tue. Un étranger se fût trouvé là, il aurait aussi

bien déchargé son arme sur lui. Pour ces grands émotifs les accès s'accompagnent d'actes inconscients, plus ou moins amnésiques. La mémoire réapparaît progressivement, incomplète ; l'obtusion persiste encore un certain temps. Comme dans le cas de M. Ey l'événement peut déclencher un raptus qui — à ne voir que le fait — rappelle l'impulsion amnésique comitiale, mais c'est le seul point commun avec l'épilepsie, l'apparence.

M. X. Abély. — Ces mêmes paroxysmes se retrouvent dans les états confusionnels, par exemple dans les accès subaigus et aigus de l'alcoolisme.

Accès de manie chez une jeune fille présentant des signes cliniques d'hyperthyroïdie (maladie de Basedow classique) et des signes biochimiques d'hyperthyroïdie, par M. J. Tusques.

L'observation que j'ai l'honneur de rapporter devant vous, avec la brièveté qu'imposent les circonstances, m'a paru intéressante par l'enseignement de prudence qu'on en peut tirer en matière d'étiologie endocrinienne des psychopathies en général et de la manie en particulier.

Gisèle M., jeune fille de 31 ans, est internée le 25 février 1941 pour état d'excitation maniaque typique ayant débuté quelques jours auparavant à la suite, semble-t-il, d'une violente émotion suscitée par un accident de bicyclette provoqué par une auto militaire. A son entrée dans le service, la malade présente les symptômes suivants : agitation gestuelle, logorrhée, fuite des idées, enjouement, chants, cris, plaisanteries, causticité, activité ludique, léger enrouement, impudeur, érotisme.

Voici quelques extraits d'observation : Déclare qu'elle ne sait plus son âge (sur demande), qu'elle est née en mars, l'année des inondations, puis « je suis née en 1515... Bataille de Marignan »... Elle a été déjà traitée en maison de santé « l'année de l'Anschluss » ; elle avait aimé un homme sans être aimée en retour. Sa chambre est un peu rococo. Elle voudrait l'épée de saint Michel pour couper le haut de son lit... Elle a pris le chagrin des autres. Elle se méfie énormément des hommes car elle est d'origine italienne (enchaîne sur l'Italie et le Duce). Elle hurle pour faire venir les chiens du quartier... Se dit fatiguée, mais recommence à parler. « Je suis amoureuse, je ne sais pas de quoi... J'ai toujours été amoureuse depuis ma naissanee... » Chante : « On ne peut pas vivre sans

amour... » « Mais je n'ai pas de chance... j'ai eu des pépins... Sainte Gisèle était la fille de Pépin le Bref, c'est pour cela que j'ai eu beaucoup de pépins... » Montre sa fesse droite présentant une cicatrice d'incision chirurgicale, en déclarant qu'elle a eu dernièrement un abcès à la fesse, à la suite d'une piqûre. Fait le récit d'une expérience délirante assez confuse, d'allure onirique, récit coupé de commentaires, de plaisanteries, impossible à suivre par écrit. Elle a rêvé avoir eu des rapports sexuels avec un homme (elle ne sait pas trop d'ailleurs comment ça se passe exactement et demande des précisions). « On aurait fait coucher quelqu'un au-dessus de moi... Qu'est-ce que c'est que la fécondation artificielle ?... J'ai senti comme si quelque chose se rompait dans mon ovaire gauche ». Elle se « touchait » à ce moment mais involontairement. Elle a éprouvé une sensation voluptueuse plus intense que celle que déclenche la masturbation ordinaire avouée par la malade. Cet épisode onirique se serait passé « l'autre semaine ».

Au cours de l'examen, dénudation, impudeur, fuite des idées, impossibilité d'une conversation suivie.

L'examen somatique, prétexte pour la malade à toute une activité de jeu, donne les résultats suivants : exophtalmie très nette, augmentation de volume du corps thyroïde, élastique à la palpation. Pouls à 120. Tremblement accentué des doigts. Réflexes rotuliens polycinétiques, réflexes achilléens vifs. Ebauche de clonus de la rotule. Réflexes cutanés plantaires en flexion. Pas de réflexes cutanés abdominaux (réaction de défense probable). Réflexes radiaux et tricipitaux normaux. Quelques secousses nystagmiformes horizontales. (L'hypothèse d'une sclérose en plaques discrète, qui devait être discutée en raison de ces signes, a été éliminée par : 1° la disparition, en quelques jours, du nystagmus ; 2° l'analyse du liquide céphalo-rachidien pratiquée le 4 mars 1941 (Dr M. Mornet) : lymphocytes : 0,2 ; albumine : 0,15 ; glucose : 0,75 ; benjoin colloïdal : type normal (00000.02220.00000 T.) ; Bordet-Wassermann : négatif. Réflexes pupillaires normaux. Pas de signe de Romberg, pas d'adiadococinésie. Réflexe du voile normal. Sensibilité normale à la piqûre, au toucher, à la température. Sensibilité profonde normale.

Foie de dimensions normales. Cœur et poumons normaux à l'auscultation. Cicatrice d'appendicectomie (décembre 1931).

Les renseignements recueillis tant auprès de l'entourage qu'auprès de la malade après une amélioration suffisante de l'état psychopathique, nous révèlent que Gisèle fit déjà un accès maniaque de deux à trois mois en 1937, à la suite de l'échec d'un projet de mariage très désiré (actuellement encore, la malade est très préoccupée par le désir du mariage).

Depuis longtemps la malade est considérée comme très émotive : elle rit et surtout a les larmes aux yeux très facilement. Depuis l'âge de 18 ans (elle en a 31) on a remarqué que son cou gonflait, que ses

yeux grossissaient et que l'instabilité émotionnelle s'accentuait. C'est également depuis cet âge de 18 ans que les règles, jusque-là normales depuis l'âge de 10 ans, devinrent très irrégulières. Actuellement (avril 1941) la malade est aménorrhéique ; les dernières règles datent de décembre dernier (4 mois).

Par ailleurs, activité intellectuelle paraissant normale: cette jeune fille fit des études secondaires, sans passer d'examen car elle suivait un cours religieux où ce n'était pas l'usage, puis le diplôme d'état d'infirmière qu'elle n'utilise que pour une activité bénévole, étant donné les préjugés sociaux de la famille. Affectée à une formation sanitaire de l'arrière pendant la guerre de 1939, elle paraît avoir supporté sans réactions pathologiques nettes les tragiques événements de juin 1940 dont elle subit les incidences assez modérément d'ailleurs. Rien d'autre à signaler dans les antécédents personnels. A retenir, dans les antécédents héréditaires : une tante maternelle arriérée.

Il s'agit donc d'un deuxième *épisode maniaque* classique survenant chez une jeune fille présentant vraisemblablement depuis plusieurs années un syndrome constitué par : augmentation de volume du corps thyroïde avec gêne à la déglutition, exophtalmie, tachycardie, tremblement, dysménorrhée, déséquilibre émotif, syndrome qu'il était impossible de ne pas attribuer à une *maladie de Basedow* des plus classiques et même très riche en symptômes. Peu d'auteurs soucieux d'attribuer à l'hyperthyroïdie le mécanisme de la manie ont pu présenter un cas aussi net de coexistence d'un syndrome maniaque et d'un syndrome clinique d'hyperthyroïdie.

Etant donné cette double notion étiologique : Basedow et choc émotionnel, j'instituai comme traitement de fond une série de 12 injections intra-veineuses de chlorure de calcium, attendant la fin de l'agitation pour rechercher les signes biochimiques du syndrome basedowien, en vue du traitement chirurgical. Très rapidement l'état maniaque s'atténua puis disparut complètement au bout de deux mois. Je note en passant que le léger bégaiement dont la malade était atteinte et qui avait complètement disparu au cours de l'accès maniaque reparut au fur et à mesure de la guérison, constituant une sorte de test d'amélioration, les petites rechutes étant marquées par une disparition de ce bégaiement. Le syndrome basedowien survécut intégralement au syndrome maniaque et je pensais à une thyroïdectomie dès que j'aurais les résultats *des recherches biochimiques.*

Celles-ci donnèrent les résultats suivants : le métabolisme basal était diminué de 18,4 % et le rapport $\frac{\text{glutation oxydé}}{\text{gluta ion réduit}}$ était

de $\frac{0{,}0034\ \%}{0{,}0199\ \%} = 0{,}17$ (Laboratoire de M. Delaville, 30 avril 1941), soit une augmentation très sensible (rapport normal = 0,10), signe non seulement d'absence d'hyperthyroïdie (1), mais, étant donné la coexistence d'un métabolisme basal très abaissé, signe net d'hypothyroïdie. Il y avait donc dans ce *goitre exophtalmique* non pas *hyperthyroïdie* mais *hypothyroïdie* d'après les données biochimiques.

La conclusion thérapeutique fut la prescription de thyroïde que la malade suit depuis trois semaines avec satisfaction si j'en crois les lettres reçues (je n'ai plus la possibilité d'examiner la malade actuellement).

Voici les *conclusions* que je crois devoir tirer de cette histoire et que je soumets à votre discussion :

1° Cette observation montre combien il faut être prudent dans l'interprétation « hyperthyroïdienne » du syndrome basedowien le plus typique. Elle rappelle qu'en général, il faut se méfier de l'interprétation endocrinienne d'un syndrome clinique.

2° La coexistence d'un trouble endocrinien et d'un état psychopathique ne signifie pas qu'il y ait obligatoirement relation de cause à effet entre les deux ; mais en admettant, comme dans le cas rapporté ici, que le trouble endocrinien soit une des conditions de détermination de l'état psychopathique, cet état psychopathique n'est pas « dicté » par l'état endocrinien : tel syndrome psychopathique (la manie par exemple) relevant de l'hyperendocrine, tel autre syndrome psychopathique (la dépression par exemple) relevant de l'hypoendocrine, comme on tend encore à l'admettre parfois.

3° En tous cas, l'hypothèse du mécanisme hyperthyroïdien de la manie paraît absolument infirmée par ce cas dans lequel le trouble endocrinien ayant pu jouer un rôle dans le développement de l'accès maniaque se trouve être une hypothyroïdie, malgré les apparences cliniques qui auraient pu, faute d'investigations biochimiques, faire passer ce cas pour très démonstratif du déterminisme hyperthyroïdien de la manie.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le secrétaire des séances :
Paul CARRETTE.

(1) RIVOIRE (R.) et BERMOND (A.). — *Presse médicale*, 22 septembre 1937, N° 76, p. 1341.

Séance du Lundi 23 Juin 1941

Présidence : M. Ach. DELMAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 26 mai 1941 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de Mlle le Dr Jouannais qui remercie la Société de lui avoir attribué le *legs Christian ;*

une lettre de M. le Dr André Lamarche, de Tunis, qui demande à faire partie de la Société médico-psychologique au titre de *membre correspondant national ;* une commission, composée de MM. Porot, D. Santenoise et Carrette, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du 28 juillet 1941.

Election d'un membre titulaire honoraire

M. le Dr Wahl, membre titulaire, a demandé à être nommé membre honoraire. Il remplit les conditions exigées par l'article 3 des Statuts.

M. le Dr Wahl est nommé *membre titulaire honoraire* de la Société à l'unanimité des membres présents.

Séance supplémentaire de juillet

En raison de la fixation de la réunion annuelle de la Société de Neurologie le jeudi 10 juillet, la séance supplémentaire de la Société médico-psychologique aura lieu le *mercredi 9 juillet* à 10 heures.

COMMUNICATIONS

Trois types d'observations de psychoses carcérales,

par MM. Heuyer et Fouquet.

Parmi les problèmes que posent les psychoses pénitentiaires, celui des psychoses carcérales est un des plus complexes. Depuis le travail de Baillarger sur la Folie Pénitentiaire, paru en 1840, de nombreux travaux ont été publiés dans lesquels on a discuté la possibilité de la production d'un état psychopathique du seul fait de l'incarcération. Nous n'avons pas l'intention de faire ici la bibliographie de la question, elle sera exposée dans un travail plus complet que nous publierons ultérieurement. Nous voulons seulement aujourd'hui rapporter trois genres d'observations qui représentent les divers types de psychoses carcérales.

Pour qu'il existe une psychose carcérale, il faut que le détenu n'ait manifesté, lors de son incarcération, aucun trouble psychique quel qu'il soit. Il est souvent difficile, dans l'état actuel de notre régime pénitentiaire, d'apprécier l'état mental d'un sujet à son entrée en prison. Toutefois, dans les prisons de la Seine, la création du poste de médecin psychiatre de la Santé, de la Petite-Roquette, et, pour les mineurs, de la prison de Fresnes, permet de dépister, dès leur apparition, les troubles psychopathiques et de préciser souvent la date de leur début.

En attendant que fonctionnent les annexes psychiatriques des prisons, c'est à l'Infirmerie Spéciale près la Préfecture de Police que sont amenés les détenus et certains condamnés à court terme, dont le comportement paraît anormal et dont l'examen psychiatrique nécessite une mise en observation.

A l'Infirmerie Spéciale, nous sommes donc appelés à examiner des prisonniers de droit commun qui présentent des troubles mentaux. Pour le plus grand nombre, l'examen clinique et l'anamnèse démontrent qu'ils étaient déjà malades avant leur incarcération. Dans ces cas, c'est à l'expertise médico-légale, régulièrement ordonnée par le Juge d'instruction ou le Tribunal, de préciser dans quelle mesure ils peuvent répondre de leurs actes devant la justice.

Tout autre est le problème des psychoses carcérales, c'est-à-dire, des accidents psychopathiques survenus du fait de l'incarcération et concernant des individus n'ayant présenté aucun trouble mental avant leur arrestation.

Deux questions se posent au sujet des psychoses carcérales : quelles sont leurs formes cliniques et quelle conduite doit-on tenir dans la pratique médico-légale ? Nous avons recueilli douze observations de psychoses carcérales, parmi lesquelles il nous a semblé utile de distinguer trois types :

1) La psychose carcérale à forme de *delirium tremens a potu suspenso ;*

2) La psychose carcérale à forme mélancolique ;

3) La psychose carcérale à forme confusionnelle et onirique.

I. — Psychose carcérale
a forme de « delirium tremens a potu suspenso »

Le cas le plus simple est le suivant :

Observation I. — N., âgé de 28 ans, a été incarcéré à la Santé le 12 mai 1941, pour recel d'un jambon volé. Trois jours après son arrestation, il est envoyé à l'Infirmerie Spéciale pour agitation, propos incohérents, bris d'objets : « délire alcoolique ».

A son arrivée à l'Infirmerie Spéciale, il présente le tableau classique d'un delirium tremens, avec confusion, obnubilation, désorientation, onirisme très actif, zoopsie, scènes de guerre et de rixes, mitraillades (25 coups de revolver), suggestibilité hallucinatoire, agitation anxieuse, tremblement généralisé avec dysarthrie trémulante, peau chaude et moite, hyperalgésie musculaire, pouls 120.

Nous avons hésité à l'interner immédiatement ; étant donné son bon état général, nous l'avons gardé à l'Infirmerie Spéciale. Après lui avoir donné de la strychnine à haute dose, dès le lendemain il était amélioré, en trois jours il était guéri, et cinq jours après il a réintégré la Santé où son affaire judiciaire a repris son cours sans avoir été influencée par l'épisode psychopathique.

On est en présence d'une situation plus compliquée dans l'observation suivante :

Observation II. — Le nommé M... a été arrêté et poursuivi pour des coups mortels. Incarcéré le 3 septembre 1938, il était envoyé le 10 septembre à l'Infirmerie Spéciale, par le médecin de la Santé, avec la note suivante : « Propos incohérents, dégradation d'objets mobiliers, éthylisme probable ». Il a été interné le lendemain par le Dr Codet, qui remplaçait alors un des médecins de l'Infirmerie. Le certificat d'internement mentionne : « Confusion des idées, troubles de l'attention, de la mémoire, onirisme, période d'agitation, traces de violence ; a été transféré à Sainte-Anne, puis à Villejuif. »

Le diagnostic de delirium tremens était évident. Il est sorti le 22 octobre 1938 avec le certificat suivant du Dr Brousseau : « Interné à l'occasion d'un épisode confusionnel de courte durée, vraisemblablement lié à la carence d'alcool du fait de son incarcération, ne présente aucun trouble mental justifiant son maintien. »

Réintégré à la Santé, il a été examiné, sur la demande de son avocat, par trois experts : MM. Ceillier, Genil-Perrin et l'un de nous. Dans notre rapport, nous avons conclu que M... n'était pas un aliéné et qu'il n'était pas en état de démence au moment de l'acte commis. Les troubles épisodiques, de nature confusionnelle, dus à la suppression brusque de l'alcool, ont été postérieurs à l'action et sont sans rapport avec celle-ci. L'alcoolisme chronique simple n'est pas une excuse médico-légale, la responsabilité de M... est entière (1).

Enfin, l'alcoolisme subaigu *a potu suspenso* et d'origine carcérale peut créer une situation médico-légale encore plus complexe :

Observation III. — C..., âgé de 44 ans, a été incarcéré le 20 décembre 1938 pour attentats aux mœurs sur la personne de ses deux filles. Au commissariat de police et lors de sa première comparution devant le juge d'instruction, il avait avoué avoir eu régulièrement des relations incomplètes avec ses filles, depuis deux ans avec l'aînée, depuis six mois avec la cadette.

Le 25 décembre, il est signalé par le service neuro-psychiatrique de la prison en raison de : « agitation, urine à terre, refus de nourriture, désorientation, accès subaigu d'alcoolisme probable ». Il fut gardé pendant plusieurs jours en observation à l'Infirmerie Spéciale. Une ponction lombaire fut faite et donna les résultats suivants : albumine 0,80 ; lymphocytes 0,2 ; réaction de Pandy : positive ; Weichbrodt, Benjoin, Meinicke, Wassermann : négatives,

L'un de nous fut nommé expert pour examiner C... La conclusion de l'expertise fut la suivante :

1) C... était en état de démence au moment de l'acte, au sens de l'article 64 du code pénal.

2) C... est un alcoolique chronique dont les excès massifs et prolongés d'alcool ont déterminé une déchéance intellectuelle et morale, des signes neurologiques avec troubles des réflexes tendineux (abolition des achilléens, asymétrie des rotuliens), une crise récente de delirium tremens et des modifications biologiques importantes du liquide céphalo-rachidien. Cet ensemble de symptômes psychiques, neurologiques et biologiques entraîne une irresponsabilité entière.

C... fut interné. Tous les certificats ultérieurs indiquent la dispari-

(1) M... est passé en Cour d'Assises et a été condamné à 5 ans de prison.

tion de la confusion et du délire et la persistance d'un affaiblissement éthique et d'une déchéance intellectuelle.

En janvier 1941, trois experts furent nommés pour décider de l'opportunité de la sortie de C... ; celui-ci est lucide, il nie avec une incontestable mauvaise foi les actes qui lui sont reprochés, il nie même avoir fait des aveux au commissariat de police et à l'instruction ; son indifférence affective montre sa déchéance morale. Il a quelques troubles de la mémoire de fixation, une hypertension artérielle nette, 23/10, et une incontinence nocturne des urines. La sortie a été refusée.

On voit donc que la psychose carcérale qui se manifeste par un *delirium tremens a potu suspenso* peut présenter au point de vue médico-légal, des conséquences fort diverses. L'observation III illustre d'ailleurs le type le plus rare ; le type le plus fréquent est l'observation II. L'inculpé, quelques jours après son arrestation, présente un *delirium tremens* qui nécessite l'envoi à l'Infirmerie Spéciale. La difficulté d'une hospitalisation suffisante et adéquate aboutit à l'internement. Après guérison, le sujet est réintégré à la prison. L'expertise, qui juge seulement de l'état au moment des faits, a pour conclusion la responsabilité entière, aussi est-il souvent utile que l'expert vienne devant le Tribunal expliquer aux juges ou aux jurés comment un prévenu peut garder toute sa responsabilité malgré un épisode psychopathique récent ayant déterminé l'internement. Inutile de dire que les conclusions de l'expert se heurtent aux objections de l'avocat qui utilise l'internement pour faire douter de la lucidité de son client au moment du délit.

II. — Psychoses carcérales a forme mélancolique

Observation I. — *Dépression mélancolique avec confusion et onirisme, internement, guérison, réintégration.*

Le 17 juin 1939, entre à la prison de la Santé le nommé O..., âgé de 35 ans, garçon de magasin en chômage, de nationalité turque. Il est inculpé de vols de livres avec recel. Le 25 juin, au cours d'un interrogatoire chez le juge, O... reconnaît les faits de l'inculpation. Le 3 juillet, Mme O... signale, qu'ayant rendu visite à son mari à la Santé, elle a été frappée de son état de nervosité ; en même temps, le juge d'instruction reçoit d'O... une lettre rédigée en termes peu cohérents. Quelques jours plus tard, O... fait une tentative de suicide par strangulation, et le Dr Ceillier l'envoie à l'Infirmerie Spéciale avec le certificat suivant : « Psychose carcérale ; détenu inculpé de recel. Mandat de dépôt en date du 17 juin. En cours d'expertise, aucun trouble psychique avant l'incarcération. Attitude normale au début de l'ins-

truction et de son séjour en prison. Premières lettres normales à sa femme. Envoi à l'Infirmerie le 8 juillet. A tenté de se suicider à la prison par pendaison. Cicatrice de strangulation importante. Paraît anxieux ; à observer. »

A l'Infirmerie, il a été suivi pendant près d'une semaine. Au début, O... avait un aspect de confusion mentale avec idées délirantes sur un thème à la fois de caractère mélancolique et de persécution. Il disait qu'il venait à l'Infirmerie pour se faire soigner parce qu'on a déclaré qu'il était malade ; on ne le laissait pas manger, on l'a piqué, notamment quelqu'un qui veut prendre sa femme. O... était conscient des raisons pour lesquelles il était à la Santé, disant qu'il avait « fauché » des bouquins chez M. A..., quai de Conti, et racontant comment il opérait. Mais, rapidement, il a mélangé d'autres idées qui paraissaient délirantes sur un thème onirique, parlant de façon mystérieuse de l'histoire de sa femme et de son cousin qui avaient volé ses papiers ; il y avait, dit-il, une censure ministérielle, parce qu'on ne lui remettait ses lettres que huit jours après. Il sait d'ailleurs que son corps a été mis à prix, car il a été à la Morgue.

Pourtant, le premier jour, l'aspect était suffisamment atypique pour que nous ayons pensé fortement à une simulation. Il n'existait aucun signe neurologique, le pouls était à 100. Mais si, dans la journée et au cours de l'interrogatoire, il était calme et apparemment conscient de la situation, le soir venu, il s'agitait. Pendant la nuit, l'agitation croissait, il devenait turbulent et criait ; à deux reprises, il a dû être maintenu ; il voyait sa sœur venue d'Egypte, ou bien il reconnaissait dans une infirmière une ancienne maîtresse. Interrogé le matin, C... gardait la conviction de ses rêves de la nuit, disant qu'il savait que ses parents étaient venus, parlant aussi de son cousin qui « travaillait dans la boutique sans être surveillé ». Cet onirisme s'accompagnait d'idées de culpabilité : « j'ai commis des fautes, je dois payer, etc... ». En outre, pendant cinq jours, il s'est très peu alimenté ; sans refuser nettement les aliments, il buvait seulement un peu de lait. Le pouls restait aux environs de 100, il n'y avait aucun signe neurologique, la réflectivité restait normale, on ne notait aucun signe viscéral de maladie aiguë.

C'est dans ces conditions qu'on l'envoie à Sainte-Anne avec le certificat suivant, le 16 juillet 1939 : « Etat dépressif, tristesse, autoaccusation : il a fait des bêtises, il doit payer. Souvenirs précis et exacts du passé, concernant son inculpation. Confusion et onirisme vespéraux et nocturnes. Illusions visuelles : a cru voir la nuit sa sœur d'Egypte. Fausse reconnaissance d'une femme qu'il a connue et qui est « une infirmière d'ici ». Propos peu cohérents, insomnie, crise d'anxiété et d'agitation. Volubilité, dit qu'il doit mourir, il faut le pendre. Tendance au refus d'aliments. Pâleur, anémie, amaigrissement. Poul 120. Trace persistante de strangulation sur le côté droit du cou, ne paraît pas un simulateur. Nécessité de le mettre en observation et en traitement à l'asile, sans préjuger des conditions de l'expertise. » (Dr Heuyer).

A l'hôpital Sainte-Anne, il fait l'objet du certificat suivant, en date du 17 juillet 1939 : « Est atteint d'accès dépressif et anxieux. Incarcéré à la Santé à la suite d'un vol de livres, dérobés pour compenser des pertes faites aux Courses et pour pouvoir nourrir sa famille. A cru qu'il serait libéré le 14 juillet. Se voyant maintenu, a cru que tout était perdu, qu'il était perdu à perpétuité. A fait une tentative de suicide par strangulation, suivie d'une courte période de confusion avec onirisme. Se trouve moins anxieux ; pâleur, amaigrissement. Cicatrice de sillon très marquée. Débilité mentale. Stigmates de dégénérescence. Réflexes rotuliens vifs. A maintenir en observation. » (Dr Bessière).

Le 18 juillet, l'expertise faite par l'un de nous concluait ainsi :

1° O... n'était pas en état de démence au moment de l'acte, au sens de l'article 64 du code pénal.

2° Au moment des faits, O... n'était pas atteint d'anomalies d'ordre psychique, de nature à atténuer sa responsabilité qui devait, à cette époque, être considérée comme entière.

3° Depuis son incarcération, O... a présenté un état de dépression de caractère mélancolique avec confusion et onirisme. Cette psychose carcérale ne doit pas intervenir dans l'appréciation de sa responsabilité.

A Villejuif, le 21 juillet 1939, le Dr Dedieu-Anglade note : « O... est atteint de bouffée délirante survenue à la prison de la Santé, où il était incarcéré depuis le 17 juin. Inculpé de recel. Obtusion, désorientation, idées confuses de persécution. Réactions anxieuses (tentative de strangulation récente). Fond de débilité mentale. Se serait montré à l'hôpital Sainte-Anne très impulsif. Mauvais état général : pâleur, maigreur, pas de signe neurologique. Stigmates dégénératifs. A maintenir. »

Le 15 septembre, le certificat de situation suivant est rédigé : « Accès dépressif apparu au cours d'une incarcération à la Santé. Actuellement, son état mental se caractérise surtout par du ralentissement psycho-moteur, de l'obnubilation intellectuelle, du mutisme presque complet. Etat général médiocre, à maintenir. » (Dr Teulié).

Le 18 octobre, dans un certificat de situation, le Dr Teulié constate que son état actuel ne permet pas de le faire conduire au Tribunal.

C'est à ce moment que l'un de nous, commis comme expert, est appelé à l'examiner de nouveau, le 27 octobre. A cette date, O... est calme, lucide, bien orienté ; il sait qu'il est à l'asile, se souvient des faits de l'inculpation, de son séjour à la Santé. Il n'est plus confus, n'a plus de délire, mange et dort bien ; conscient de la situation, O... sait qu'il y a la guerre et expose les faits d'une façon pertinente. Il reste encore un peu déprimé et triste quand il parle de ses enfants. Son désir est de passer le plus vite possible en jugement, pour pouvoir ultérieurement retrouver du travail et aider sa femme.

Au point de vue physique, son état s'est transformé : pâle et amaigri en juillet (53 kg. 500), il pèse aujourd'hui 68 kg. 300. L'examen physique reste entièrement négatif ; seule sa tension reste abaissée, 11/8.

Aussi les conclusions de l'expertise sont-elles les suivantes :

1° O... est actuellement guéri de l'état de dépression et de confusion mentale qui a nécessité son internement. Il doit quitter bientôt l'asile, et il peut, dès à présent, se présenter devant le Tribunal pour répondre devant la justice des faits qui lui sont reprochés.

2° Les conclusions de notre rapport du 18 juillet 1939 n'ont pas lieu d'être modifiées du fait de l'internement d'O...

En effet, le 10 novembre, O... est réintégré à la prison, avec le certificat suivant : « Est actuellement guéri de l'état de dépression mentale qui avait motivé son internement... » (Dr Teulié).

O... est passé depuis cette date devant le tribunal correctionnel et a été condamné à 6 mois de prison.

III. — Psychoses carcérales a forme de confusion mentale

Observation. — *Etat confuso-dépressif, survenu après 10 mois d'incarcération ; tentative de suicide ; guérison en deux mois.*

Mlle Y. G. D..., âgée de 35 ans, sténo-dactylo dans une ambassade, inculpée en application de la loi sur l'espionnage, entre en prison le 25 janvier 1939. Dix mois après, le 20 novembre 1939, elle est envoyée à l'Infirmerie Spéciale à la suite d'une tentative de suicide faite dans la nuit du 18 au 19.

A son entrée dans le service, Mlle D... se présente avec un état confuso-dépressif ; elle ne sait ni la date (juillet ou août, dit-elle), ni le lieu où elle se trouve. Tour à tour agitée et déprimée, théâtrale et anxieuse, elle s'accuse d'avoir menti, d'avoir parlé à tort et à travers, etc. L'état somatique est médiocre, avec pâleur du teint et pouls à 120.

Elle est envoyée à Sainte-Anne avec le certificat suivant : « Aspect de psychose carcérale. Dépression, auto-accusation : « J'ai parlé à tort et à travers ; j'ai été une espionne bête, j'ai menti, je bafouille ». Confusion, désorientation apparente, mais peut-être excessive : « Nous sommes en août ou en juillet ». Contradictions. Attitude d'anxiété ; cris, lamentations, agitation. Pâleur, mydriase et paresse pupillaire. Pouls 120. Traces de strangulation récente et de section du poignet gauche ; deux agrafes. Inculpation d'espionnage. Incarcération depuis le 25 janvier 1939. Paraissait normale jusqu'à ces derniers jours. Tentative de suicide dans la nuit du 18 au 19 novembre. Etat un peu atypique ; théâtralisme un peu suspect. Internement actuellement nécessaire, mais qui ne préjuge nullement de l'état mental au moment de l'acte. » (Dr Heuyer).

A Sainte-Anne, le 21 novembre, elle est l'objet du certificat immédiat suivant : « Ne tient que des propos sans suite et paraît hallucinée par intervalles. Sillons au cou et coupure au poignet gauche par tentative de suicide. 38°3 de fièvre ce matin. Détenue à la Petite-Roquette depuis janvier 1939. » (Dr Simon).

Admise ce jour à la Clinique, elle se trouve dans un état de stupeur

avee pâleur accentuée et température à 38°3. Elle parle d'une façon incohérente. L'examen est difficile, le foie est douloureux, mais la température avait baissé, 37°1. L'état général reste médioere, la malade paraît très amaigrie.

Le 23 novembre, la température remonte un peu ; il n'y a pas de signe neurologiquc. La malade paraît eonfuse, déclare vouloir dire « son seeret » au médeein. Quand on lui demande quel est ee seeret, elle répond : « Je ne sais plus, je ne comprends pas pourquoi on m'a amenée ici. » Si on la questionne sur l'endroit où elle se trouve, on obtient cette réponse : « J'ai vu le nom du médecin en arrivant, ear je suis observatriee. Je voudrais bien vous embrasser. »

Vue par l'un de nous à la Clinique, le 30 novembre, elle est déjà très améliorée, plus calme mais eneore désorientée dans l'espace. Si elle ne se souvient pas des faits réeents, elle est parfaitement eapable d'évoquer avec précision son enfance, sa jeunesse, sa vie de secrétaire et tous les faits qui ont motivé l'ineulpation. Pourtant elle eomprend mal ce qui lui est arrivé depuis quelques jours. D'ailleurs, ee long interrogatoire la fatigue visiblement ; l'anxiété et la confusion apparaissent vite. L'état somatique reste encore médioere avee un pouls à 120. Pas de signe neurologique ; un léger souffle cardiaque, vraisemblablement anémique. Les traees de strangulation sont encore nettement visibles ; la plaie du poignet est en voie de guérison. Enfin, le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang, tandis que le dosage d'urée est de 0 gr. 50, e'est-à-dire dose limite qui n'est pas rare dans ees états eonfusionnels.

Le 4 décembre 1939, dans un eertificat de situation, on relève : « Episode de confusion anxieuse fébrile avec langue blanche, gros foie et stase colique diffuse. Très améliorée. » (Dr Micoud).

Le 15 janvier 1940, elle sort guérie de l'hôpital Sainte-Anne.

G. D.... après réintégration à la Petite-Roquette, est passée devant le Conseil de Guerre sous ineulpation d'espionnage ; elle fut condamnée à un an de prison, mais comme elle avait fait plus d'une année de prévention dans laquelle comptait le temps de son internement, elle a été mise en liberté immédiatement. Il n'est pas douteux que les juges du Conseil de Guerre ont été influencés dans leur décision par l'existence des troubles psychopathiques que l'avoeat avait représentés comme étant la conséquence d'une détention trop dure.

Ainsi, les trois types de psychoses carcérales que nous rapportons sont assez caractéristiques par leur nature clinique.

1) Le *delirium tremens a potu suspenso* se produit dans les quelques jours, ou dans la semaine qui suivent l'incarcération. Il peut guérir sans internement, ou être assez intense pour le nécessiter. Le plus souvent, il ne doit pas influer sur la responsabilité pénale à moins qu'existent des signes de déchéance intellectuelle et physique due à l'alcoolisme chronique.

2) La dépression carcérale peut prendre des aspects divers sur lesquels nous insisterons dans notre travail d'ensemble. Elle survient les premiers jours ou les premières semaines qui suivent l'incarcération. Elle revêt le caractère d'une crise de mélancolie, de cette forme spéciale de mélancolie que nous appelons « légitime ». Cette mélaneolie légitime, quels que soient les motifs apparemment logiques qui la déclenchent, évolue de la même manière qu'une erise de mélancolie ordinaire qui survient généralement sans motifs. Le sujet qui en est atteint, comme ce fut le cas pour O..., guérit complètement au bout de quelques mois ; il en résulte qu'il peut être réintégré à la prison et être reconnu ensuite entièrement responsable des faits eommis, malgré un internement qui a été prolongé.

3) La psychose carcérale à type confusionnel survient en général, après un séjour de plusieurs mois à la prison. Elle se produit souvent chez des sujets émotifs, mal équilibrés ou un peu débiles qui souffrent de la mauvaise alimentation, parfois, d'un petit état infectieux, grippal, qui a pu passer inaperçu à la prison. Dans la règle, cet état confusionnel avec onirisme très actif, ayant nécessité l'internement, guérit comme tout état confusionnel. Il oblige parfois à un séjour de plusieurs mois à l'hôpital psychiatrique, ensuite le sujet réintègre la prison avec une responsabilité inchangée et avec un simple retard dans son passage devant le Tribunal.

Dans un autre cas que nous rapportons dans notre travail, l'état confusionnel s'est produit quelques jours avant la comparution devant la Cour d'Assises nécessitant un internement de plus de 10 mois ; il a guéri complètement et c'est avec un retard d'un an et demi que le sujet a été traduit devant la Cour d'Assises, gardant son entière responsabilité au moment des faits.

On comprend que des magistrats, et à plus forte raison des avocats, aient besoin d'être éclairés pour admettre la responsabilité entière d'un sujet dont l'état psychopathique a réclamé plusieurs mois d'internement après son arrestation.

Au point de vue clinique, les formes dépressives et confusionnelles peuvent s'intriquer. La dépression mélancolique, qui éclate au début de l'incarcération, peut se compliquer d'un épisode confusionnel passager dû à la sous-alimentation et à l'autointoxication. De même l'état confusionnel tardif qui survient plusieurs mois après l'incarcération peut avoir une teinte dépressive de tristesse et de découragement. C'est pourquoi, dans les cas où peut exister à un titre quelconque un état confusionnel, on

peut voir apparaître dans son décours un délire de grâce qui a la valeur d'une idée fixe post-onirique. Nous rapportons dans notre travail plusieurs cas de ces délires de grâce.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic que suscitent inévitablement ces états psychopathiques carcéraux, celui de la simulation ; c'est le problème posé par tous les psychiatres qui se sont occupés de clinique pénitentiaire.

Nous voulons seulement aujourd'hui insister sur les trois types essentiels de psychoses carcérales qui sont distincts dans leurs aspects, leur date d'apparition, leurs conséquences médico-légales.

M. Rondepierre. — La bibliographie de cette importante question est pauvre et il faut louer M. Heuyer de l'avoir enrichie par son intéressante communication. J'ai observé une femme emprisonnée pour une affaire d'avortement et qui a présenté un délire mélancolique plus ou moins lié aux conditions de sa séquestration, mais non provoqué par elle.

M. Daumézon. — La période d'internement de ces malades est-elle comptée dans la durée de la peine ?

M. Heuyer. — Certainement. Une de mes malades est sortie libérée sitôt sa guérison déclarée.

M. Daumézon. — L'absence de spécificité de ces psychoses est démontrée par les récidives de ces sujets. J'ai observé un malade atteint de troubles superposables à l'occasion de deux incarcérations à vingt ans de distance.

M. Ach. Delmas. — L'appellation paraît donc consacrée par l'usage. Est-elle bien logique ? Psychose carcérale devrait vouloir dire : psychose due à la prison, or, ce n'est pas ainsi que l'entend M. Heuyer. Les conditions particulières : prédisposition, solitude, hygiène et alimentation défectueuses constituent-elles des caractéristiques d'une psychose déterminée, autonome ?

M. Guiraud. — Il pourrait être utile d'étudier les variétés cliniques liées à une longue séquestration.

M. Heuyer. — Il existe différents types de psychoses liés au séjour en prison, ce sont les *psychoses pénitentiaires* de Baillarger. Ce que j'ai voulu montrer ce sont les psychoses observées à la période initiale de l'emprisonnement, à la prévention ; les *psychoses carcérales* ou, si on préfère, les *psychoses d'incarcération.*

La simulation de la crise d'épilepsie,

par MM. Xavier Abély et Yves Longuet.

En reprenant l'antique question de la simulation de l'épilepsie nous n'avons pas la prétention d'apporter des éléments originaux.

Notre seul but est de fournir un nouveau témoignage de la fréquence de cette supercherie et de la difficulté de la déceler. Ce rappel ne nous a pas paru inutile, car cette notion semble s'être un peu estompée en ces dernières années. On a si largement étendu le champ de l'épilepsie, on a si bien montré son polymorphisme que sa zone de démarcation est devenue plus imprécise. Nous ne pouvons envisager dans son ensemble la discrimination entre la simulation et le mal comitial véritable. Nous éliminerons toutes les formes proprement mentales où la supercherie trouve un terrain si favorable. Nous éliminerons même les manifestations psychiques pré- et post-paroxystiques. Nous nous en tiendrons à l'étude de la crise convulsive dans ses plus étroites limites. Même sur ce point circonscrit, nous avons l'impression que l'on a un peu perdu de vue la fréquence de la simulation. Nos anciens avaient une vigilance beaucoup plus grande. Peut-être même, en raison de leur doute systématique ont-ils méconnu des formes authentiques de l'accès comitial. Par contre, les auteurs modernes glissent rapidement sur ce chapitre. On peut lire dans des thèses ou des traités récents que la simulation est généralement grossière et facile à mettre en évidence dans la majorité des cas. C'est contre cette assertion que nous voulons nous élever. Seuls les médecins militaires ont gardé la suspicion traditionnelle et, dans l'ouvrage le plus récent de psychiatrie dans l'armée, MM. Fribourg-Blanc et Gauthier montrent bien cette préoccupation. La simulation n'est pas cependant l'apanage des soldats, désireux d'une réforme. Il est bien d'autres circonstances où l'intérêt commande l'invocation de l'épilepsie. Dans ce groupe nombreux, on trouve les parasites de la charité publique, de l'assistance, les accidentés espérant une pension, les inculpés en quête d'une absolution de leurs délits ou de leurs crimes.

Les experts paraissent cependant accepter avec une facilité plus grande le diagnostic d'épilepsie devenu plus vague en se faisant plus large. Que de fois des pseudo-comitiaux ont avoué, leur non-lieu obtenu, avoir trompé l'expert qui n'était pas toujours un profane de la psychiatrie.

Mais ce qui nous a le plus troublé, en élargissant considéra-

blement le champ de notre expérience, c'est ce que nous avons pu constater au cours des sept premiers mois de la guerre actuelle, dans un service de neuro-psychiatric qui collectait, à certain moment, les malades de deux armées. C'est dire que nous avons eu l'occasion d'observer un nombre très important de ces soldats que, dans le milieu militaire, on désigne du nom volontairement vague et général de « crisards ». Parmi ceux-ci, de faux épileptiques posaient chaque jour un problème diagnostique fort intéressant. Depuis notre retour dans nos services civils, nous avons gardé de cette pratique une empreinte qui nous a beaucoup servi dans l'appréciation de cas douteux. C'est de cette double expérience civile et militaire que nous voudrions apporter ici quelques impressions d'ensemble.

Vulgarisation des notions sur l'épilepsie. — Une des premières remarques que nous devons souligner, c'est la connaissance largement répandue que possède le public moyen actuel des manifestations détaillées de l'épilepsie et de la crise en particulier. Sans doute les gens à qui nous avions affaire avaient préparé leur jeu. Il n'en reste pas moins que les livres populaires ont vulgarisé ces notions médicales et documenté ceux qui voulaient user de supercherie. L'imitation de la crise en est devenue plus parfaite. Il en résulte aussi, que de plus en plus, on ne doit attacher qu'une croyance très mitigée aux renseignements donnés par les sujets, par leurs parents, par leurs amis. L'interrogatoire ne saurait donc suffire à établir l'authenticité d'une crise. Les allégations sont sans valeur toutes les fois qu'un intérêt est en jeu. Pour ne citer qu'un exemple l'invocation de l'amnésie post-paroxystique est devenue, dans ces cas, un symptôme sur lequel on ne peut plus tabler.

Cependant, des médecins, trop nombreux, délivrent des certificats d'épilepsie sur la foi de simples renseignements, sans avoir vu de crises. Bien des certificats de ce genre, souvent de fraîche date, nous furent présentés par des individus prévoyant une utilisation prochaine. Nous devons également déplorer la pratique trop commune d'experts judiciaires qui affirment l'existence de la comitialité et concluent à l'irresponsabilité sur des indices vagues et des déductions théoriques, sans avoir assisté, bien entendu, à des manifestations quelque peu démonstratives. Nous en citerons deux exemples :

Un de nos soldats crisards faisait valoir un non-lieu pour crise comitiale, au cours de laquelle il avait commis un délit grave ; or,

renseignements pris, il s'agissait d'un alcoolique, en état d'ivresse au moment de l'acte, et qui n'avait jamais eu de crises ni avant, ni après, et notamment au cours d'un internement de quelques années. — L'autre exemple est celui d'un interné qui, ayant commis un meurtre, avait bénéficié des conclusions d'un expert, dont les termes sont suggestifs : « X... dut être considéré comme atteint d'épilepsie. Faute de constatations directes, ce diagnostic ne peut reposer que sur les dires de l'inculpé. Mais, d'une part, aucun signe d'insincérité n'a été relevé chez celui-ci ; d'autre part, les explications qu'il donne sur sa maladie sont conformes aux données classiques. » Or, cet individu, déséquilibré dangereux certes, ayant fait l'aveu de sa simulation, était examiné par trois autres experts qui concluaient à l'inexistence de l'épilepsie... et à la mythomanie. Nous savons bien que l'examen des inculpés, dans les conditions actuelles, est fort défectueux. L'observation dans un service spécialisé n'en devrait pas moins, dans ces cas, être la règle exigée.

Nécessité de voir la crise. — De ces considérations, il résulte que l'on ne peut affirmer la sincérité d'une manifestation épileptique à laquelle on n'a pas assisté. Les difficultés de cette vérification directe par le médecin sont souvent considérables. Le simulateur a tout intérêt à ne pas se livrer à l'observation médicale. On peut tout au moins recommander à un personnel compétent une surveillance vigilante.

La maladie n'est pas à nos ordres. L'idéal serait cependant de pouvoir déclencher la crise à volonté. Nous avons songé au procédé le plus moderne : la sensibilité au cardiazol qui, d'après les auteurs américains, déclencherait, à doses minimes, la crise typique chez les vrais épileptiques. La crainte d'accidents, dans cette expérimentation nouvelle, nous a retenus. Mais notre successeur, le professeur Delay, l'a tentée et nous dit avoir obtenu des résultats remarquables. A l'usage de vrais épileptiques présumés, nous nous sommes contentés, ce qui n'était d'ailleurs pas sans danger, de supprimer le gardénal. Nous croyons que, grâce à une expectative armée, on peut juguler assez facilement l'état de mal, à sa phase initiale. Il est par contre beaucoup plus difficile de déclencher une crise chez le simulateur. La menace de provoquer l'accès par des procédés expérimentaux désagréables, la certitude d'être renvoyé au corps dans un temps limité, si la crise ne se produisait pas, déterminèrent assez généralement le sujet à tenter sa chance.

Simulation des signes classiques. — Supposons donc la crise déclenchée. L'observation directe peut avoir lieu. C'est ici que se

place l'expression de notre surprise devant l'habileté de certains simulateurs. La perfection dans l'imitation du paroxysme comitial est une constatation dont nous ne soupçonnions pas toute l'étendue. Il semble que les simulateurs d'autrefois étaient plus naïfs. On rapporte classiquement le cas de Calmeil qui surprit si facilement le sens clinique d'Esquirol au moment même où celui-ci prétendait ne pouvoir être trompé par un faux épileptique. Mais on ajoute toujours qu'il fallait toute la science de Calmeil pour abuser ainsi son Maître et que ce cas exceptionnel ne prouve rien. En réalité, il y eut de tout temps, des simulateurs remarquables, mais ceux-ci appartenaient à des milieux spéciaux et restreints : habitués de prisons, soldats des compagnies disciplinaires. Dans un article de 1880, Mac Donald nous apprend qu'il existait à cette époque de véritables professionnels de la simulation épileptique. Des écoles de dressage étaient dirigées par des professeurs, documentés pratiquement par des séjours dans les asiles. L'un des plus fameux de ces derniers avait déjoué la sagacité de tous les médecins de l'époque. Nous croyons qu'il y a moins qu'autrefois de ces connaisseurs longuement éduqués. Par contre, la connaissance des détails de l'épilepsie s'est étendue à un public beaucoup plus large.

Il existe encore certes bien des êtres simples dont il est facile de dépister la supercherie puérile. On rencontre cependant des débiles qui, par leur malice et leur entêtement, rendent laborieuse la réduction de leur crise, et l'on sait que des enfants, grâce à leur art d'imitation, ont simulé très exactement l'épilepsie.

Nos observations nous ont donc montré que la plupart des symptômes de la crise comitiale pouvaient être reproduits avec une adresse troublante. Tous les phénomènes que le sujet peut créer volontairement s'expliquent aisément. D'autres, semblant échapper à la volonté, en relèvent cependant. Quant aux phénomènes absolument involontaires, des truquages astucieux permettent de les imiter. De tous les signes de l'attaque comitiale, nous ne citerons que les plus essentiels.

La perte de connaissance se traduit surtout par la chute et l'insensibilité. Or, la chute est un des accessoires les plus communs de la crise simulée. Elle est plus spectaculaire que la crise survenant au lit. Certains crisards prennent des précautions pour amortir le choc. Mais il en est qui se laissent choir avec une brutalité extraordinaire. Certains même n'hésitent pas à provoquer des contusions ou des blessures importantes. Tel cet individu qui choisissait son lieu de chute de façon à heurter un coin de table ou un objet cassant pour déterminer à coup sûr une

plaie. C'est le lieu de rappeler l'observation de ce prisonnier américain qui, simulant une crise, se laisse tomber d'un troisième étage et qui se fit à la tête une grave blessure, qui lui servit ensuite à convaincre les plus incrédules. La sensibilité du simulateur en crise est une vieille question chère aux anciens médecins. Ils s'acharnaient de façon parfois cruelle sur leurs patients, leur enfonçant des lancettes sous les ongles, provoquant des brûlures, irritant gravement les muqueuses oculaires, nasales et laryngées. Or, ces médecins étaient obligés de reconnaître que ces procédés, dignes de la question, étaient loin de leur donner toujours des résultats probants. Dans un ordre d'idées analogue on sait combien l'anesthésie était fréquente dans la grande hystérie. On ne saurait croire quel degré atteint la force de volonté de certains simulateurs. Les crisards de l'heure actuelle savent bien que les médecins ne peuvent recourir à des procédés aussi barbares. Résister à la douleur minime d'un pincement, d'une piqûre, d'un chatouillement est un jeu pour tous ces sujets.

De ces simulations nous rapprocherons les morsures de la langue. La simple émission de salive sanglante est d'une réalisation banale par écorchure de la muqueuse labiale ou jugale. Mais la blessure volontaire de la langue elle-même s'observe également. C'est un signe bien connu que quelques simulateurs se croient obligés de produire, bien qu'elle soit, paraît-il, fort douloureuse. A la vérité, ce sont toujours des morsures légères et situées à la partie artéro-latérale de la langue. Il faut donc attacher, par contre, une importance considérable aux morsures postérieures et profondes qui laissent des cicatrices durables. Nous n'insisterons pas sur les phénomènes toniques et cloniques qui, avec un peu d'entraînement, sont d'imitation facile et parfois remarquablement simulés.

La simulation de ces divers signes rend plus délicat encore le diagnostic rétrospectif de la crise puisque morsures de la langue, ecchymoses, traces de blessures peuvent être imitées, et nous ne parlons pas de ces individus qui exhibent des cicatrices sans rapport avec l'épilepsie.

Dans le domaine des signes organiques, le terrain est plus solide. Nous avons eu, bien que très rarement, l'occasion d'observer la simulation d'état de mal, qui ne s'accompagnait ni de température ni d'état grave. Nous croyons qu'en l'absence de ces symptômes la plus grande suspicion s'impose en présence de tels états. En ce qui concerne la crise ordinaire, la constatation de la pâleur initiale, de la cyanose, de la mydriase, de l'aréflexie pupillaire, de l'irritabilité pyramidale est d'une valeur capitale.

Malheureusement ces signes ne sont pas absoluments constants et se montrent fugaces dans la crise authentique. Ils sont souvent difficiles à vérifier. Certains enfin peuvent se simuler. Les troubles vasomoteurs peuvent être provoqués par le ralentissement volontaire de la respiration ou par la compression latérale du cou sur un corps dur. L'extension du gros orteil peut être reproduite volontairement. La mydriase a été provoquée par l'atropine ou mieux par la cocaïne dont l'action est moins durable. Beaucoup plus simplement le sujet cherche à empêcher le médecin de vérifier ces signes. Par ses pseudo-convulsions, il rend difficile la recherche du signe de Babinski. Par la déviation des globes oculaires et la demi-occlusion des paupières il gêne l'examen pupillaire ; il est bien connu qu'on ne peut observer les réflexes pupillaires d'un sujet qui résiste.

Ainsi on peut dire qu'il n'y a pas de signe absolu de la nature épileptique d'une crise. Il n'y en a pas davantage de la simulation en dehors de la découverte de la fourberie. Depuis Féré, qui émettait à peu près les mêmes aphorismes, les choses n'ont pas changé.

Crises atypiques. — Ce qui complique encore le diagnostic, c'est que nombre de crises comitiales authentiques sont incomplètes ; on trouvera dans un article de Marchand une étude approfondie de ces crises atypiques. L'absence d'un certain nombre de symptômes ne prouve donc rien en faveur de la simulation. On a de tout temps recherché un critérium tout à fait objectif de la crise, tel un enregistrement ; on ne l'a pas encore trouvé. Les tracés du pouls, préconisés par Voisin, eurent un moment de vogue. Aujourd'hui on attend beaucoup de l'électro-encéphalographie ; l'avenir nous dira les services qu'on peut en retirer.

Ce qui doit vraiment orienter le diagnostic de la crise simulée c'est moins la recherche du signe typique que l'appréciation de l'ensemble clinique, basée sur une longue expérience. Il y a toujours, dans ce tableau global, un défaut de cohérence, une fantaisie dans le développement et dans la synthèse qu'il est plus difficile de décrire que de saisir. Dans certains cas, cette anomalie est plus aisément appréciable. Le sujet se croit parfois obligé d'ajouter quelques manifestations intempestives au cœur même de la crise, réminiscence probable des notions anciennes sur les crises nerveuses. Nous avons pu observer ainsi des signes très variés s'intercalant entre les phénomènes convulsifs ou les accompagnant : cris, soupirs, pleurs, rires, grincements de dents, simulacre de strangulation, anxiété, opposition, rejet du gobelet

que l'on présente, violences, gestes incoordonnés. On ne saurait, sans tomber dans des exagérations dangereuses, admettre que toute cette symptomatologie parasite peut être réalisée par l'épilepsie authentique. Tous ces signes surajoutés ont un trait commun ; ils montrent la persistance d'un contact avec le monde extérieur, d'une conservation plus ou moins prononcée du psychisme. Cette coloration mentale de la crise est, à notre avis, incompatible avec le véritable paroxysme épileptique. Avec Hartenberg, et conformément à la conception jacksonienne, nous croyons que l'accès comitial convulsif représente une inhibition qui progresse depuis les centres psychiques en libérant des centres moteurs de plus en plus inférieurs. Lorsque ce processus a atteint le niveau de la convulsion, il a depuis longtemps submergé les zones mentales. Nous restons sceptiques au sujet de l'existence de crises convulsives conscientes, en dehors de la crise bravais-jacksonnienne, dont le processus initial part d'un niveau différent. Nous avons relu, sans être convaincus, la plupart des observations publiées. Marchand, cependant, dans son dernier ouvrage, maintient encore la possibilité de tels accès comitiaux. Il rejette en tout cas l'existence de crises hybrides à symptomatologie à la fois épileptique et hystérique et par là se rapproche singulièrement de notre opinion, en déviant le parasitisme hystériforme de l'épilepsie vraie.

Les crises à nuance psychique dont nous venons de parler rappellent, en effet, les crises névropathiques de types divers et notamment la crise hystérique. Cette dernière revêt fréquemment de nos jours la forme convulsive. C'est à peu près le seul modèle névropathique offert à l'imagination de pithiatiques modernes, depuis que les grands accès de l'époque héroïque sont tombés dans l'oubli. Nous avons vu récemment encore deux malades traités pour épilepsie depuis de nombreuses années et dont les manifestations, déroulées sous nos yeux, étaient nettement hystériformes. Nous partageons l'opinion de M. Achille Delmas qui voit dans ces présentations théâtrales une forme de mythomanie, fortement teintée de vrai mensonge.

Nous serions ainsi menés à poser la question du diagnostic entre la crise pithiatique et la crise simulée. Nous ne voulons pas ici soulever ce problème épineux. Il est certain que là où l'on n'a pu obtenir l'aveu ou la démonstration de la supercherie, le doute peut subsister. Dans plusieurs cas, il y a d'ailleurs un mélange d'imitation, de théâtralisme, de simulation, d'auto-suggestion et d'émotion qui autorisent la discussion.

Réduction des crises. — Ce qui compte surtout à notre avis, ce sont les résultats, c'est-à-dire la disparition des crises, le meilleur critérium de la fausse épilepsie, c'est l'arrêt spontané des paroxysmes. Cette attitude pragmatique s'imposait surtout au point de vue militaire. Nous avons traité beaucoup de nos crisards par une méthode qui nous avait souvent réussi chez des simulateurs et chez des sujets considérés comme hystériques. Lorsque l'intérêt qui a motivé la simulation persiste et qu'il est difficile de lui trouver une solution favorable, l'aveu est souvent impossible à déclencher. Nous dirons même que, dans ces conditions, il vaut mieux ne pas poursuivre la recherche d'une confidence formelle. Même si le sujet a compris qu'il était démasqué, il faut lui laisser un doute, afin de permettre de sortir honorablement de la situation fausse dans laquelle il s'est engagé. Il faut instituer un traitement comme s'il s'agissait d'une maladie réelle. Mais sous le couvert de cette thérapeutique, il est indiqué d'user de procédés, non pas brutaux mais assez désagréables, inquiétants et intimidants. Très souvent la simple crainte d'un traitement grave a été efficace : chloroformisation, opération chirurgicale et tout spécialement neuro-chirurgie. La présence, dans le voisinage, de deux services de neuro-chirurgie appuyait cette menace. Cette idée d'ailleurs banale nous était inspirée par une expérience civile antérieure. Nous avions eu l'occasion, il y a quelques années, de recevoir plusieurs pseudo-épileptiques médico-légaux envoyés par un expert très novateur pour l'époque qui concluait systématiquement à la nécessité d'une trépanation exploratrice.

Nous ne manquions pas de lire ces conclusions au patient suspect qui, en peu de jours, éprouvait une amélioration considérable de son état. Nous nous souvenions aussi des guérisons obtenues il y a fort longtemps, par un médecin militaire ; en présence d'une crise, il faisait rapidement apprêter les instruments d'une castration immédiate, arguant à haute voix qu'Hippocrate avait signalé l'absence de l'épilepsie chez les eunuques. Il paraît que le crisard retrouvait presque aussitôt son état normal. Avant de renvoyer le militaire à son corps, nous nous démasquions partiellement, usant à la fois d'indulgence et d'autorité, en lui affirmant que s'il revenait, des sanctions graves seraient prises. Cette méthode fort empirique, qui pouvait parfois tomber à faux, nous a donné des résultats excellents, puisque nous n'avons vu revenir qu'un nombre infime de ces crisards. Cette appréciation se renforce du fait que les régiments restaient très longtemps dans le secteur de notre service.

Cependant, certains de ces faux -comitiaux restent irréductibles. Il serait donc préférable d'instituer une méthode prophylactique. Nous croyons que dans l'armée, on pourrait prévenir cette floraison de la simulation épileptique, en supprimant la réforme systématique des comitiaux. Dans quelques armées étrangères l'épilepsie simple n'est pas une cause d'exemption totale de service. Des malades à crises rares, et sans manifestations dangereuses pourraient être utilisés dans les services auxiliaires. Au cours de la guerre de 1914, Briand avait déjà fait une proposition en ce sens.

Au terme de cet exposé, on pourrait s'étonner de voir que notre diagnostic d'épilepsie est basé sur l'observation exclusive de la crise sans faire mention des autres manifestations comitiales, de l'état mental habituel, et surtout de l'étiologie. Nous avons simplement voulu nous limiter à l'étude d'un point précis. Mais nous avons, bien entendu, tenu compte, dans l'établissement de notre conviction, de tous les autres facteurs essentiels. Nous ne prétendons pas qu'on ne peut faire un diagnostic d'épilepsie que d'après l'accès paroxystique. Mais il serait trop long, dans le cadre de cet article, de traiter ces divers points. Nous signalerons simplement que beaucoup, parmi nos militaires, déclaraient n'avoir eu de crises que depuis un temps assez restreint, ce qui limitait singulièrement le champ des causes possibles. Nous nous sommes demandé pourquoi leurs connaissances théoriques étaient ici en défaut. Nous croyons simplement que ces sujets n'ayant eu, au cours de leur service actif, aucune manifestation comitiale, n'osaient pas faire remonter jusqu'à l'enfance le début de leur mal.

Conclusions. — Dans cette étude, notre but principal a été de rappeler, avec quelque naïveté peut-être, des vérités bien connues, mais qui semblaient un peu oubliées : la crise simulée est parfois très difficile à dépister car il est des simulateurs fort habiles.

Il faut en matière d'expertise se méfier de façon systématique de la simulation. Toutes les fois d'ailleurs qu'un intérêt est en jeu, il faut faire preuve de scepticisme et d'esprit critique. Or, les causes de tromperie sont multiples et parfois difficiles à deviner. Une longue expérience psycho-pathologique est nécessaire dans l'appréciation de la crise, même la plus exclusivement motrice en apparence, et l'opinion du psychiatre est toujours indispensable. La stricte observation de ces principes montrerait que le domaine du mal comitial véritable est peut-être moins étendu qu'on ne le croit généralement.

M. Gouriou. — C'est un sujet délicat et l'accusation de simulation de l'épilepsie ne peut être formelle que si on possède tous les éléments de certitude. Devant le conseil de guerre c'est une situation très grave pour l'accusé. Dans la pratique on voit surtout des déséquilibrés, ayant des crises difficiles à identifier, avec tendance à la sursimulation. La crise nerveuse est un phénomène qu'on observe dans les collectivités frappées par des événements dramatiques. Babinski rappelait qu'au cours d'une visite à Londres chez Langley on lui avait montré à l'hôpital la salle de crises où passait nécessairement toute mère à qui on venait d'annoncer la mort de son enfant. Pour préciser le diagnostic d'épilepsie, l'épreuve thérapeutique par le gardénal tient une place importante parce que beaucoup de « crisards » hâtivement examinés ont reçu du gardénal et parfois pendant un temps prolongé sans vérification nouvelle du diagnostic. La seule certitude pourrait nous être offerte par la biologie. Peut-on faire le diagnostic biologique de l'épilepsie ?

M. Brissot. — A-t-on vu pendant la guerre beaucoup de simulateurs d'épilepsie ? — Non. On a vu la contagion faire des ravages, facilitée par la promiscuité, provoquer des crises en série, des simulations hétéroclites ; mais les médecins étaient souvent responsables, parce qu'ils posaient à tout propos le diagnostic d'épilepsie qu'on retrouvait sur de nombreuses fiches. Une observation attentive permettait généralement de rétablir la vérité.

M. Hartenberg. — Les médecins posaient en effet le diagnostic d'épilepsie pour toutes les crises observées ou seulement signalées. Pendant la guerre 1914-18, le malade simulait la crise nerveuse toute simple. Depuis il s'est éduqué et le médecin spécialiste a dû perfectionner lui aussi sa technique. La suppression partielle du gardénal, sans prévenir le patient, est un procédé excellent. Les menaces sont parfois utiles.

M. Caron. — Dans le service de M. Monier-Vinard, j'ai vu dépister la simulation d'épilepsie chez les « crisards » par des injections de sérum physiologique avec mise en scène adéquate. Les menaces et les violences sont des armes dangereuses pour le médecin.

M. Beaussart. — Peu de faux épileptiques résistent à un examen suivi. Les crises nerveuses légitimes sont fréquentes et c'est à propos de ces crises qu'on a vu surtout la sursimulation.

M. Rondepierre. — Il faut se baser sur des signes impossibles à simuler, la pâleur par exemple.

M. Heuyer. — On nous dit avoir été trompé par le signe de Babinski. Il peut se faire qu'un des éléments soit observé dans les syndromes névropathiques, mais pas le signe de Babinski authentique qui comprend le signe de l'éventail, celui de l'orteil et celui du *fascia lata*.

M. Montassut. — Le diagnostic par l'hyperpnée aurait pu donner des résultats intéressants. Il a été trop souvent négligé.

M. Paul Abély. — D'autres signes sont également à retenir. L'examen du fond d'œil doit être pratiqué : la recherche du réflexe oculo-cardiaque est généralement démonstrative.

M. Guiraud. — Sans oublier la mydriase et le réflexe photomoteur.

Sur la sensibilité particulière des malades mentaux à l'avitaminose B1 (à propos d'une épidémie de troubles carentiels de type béribérique à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château), par MM. P. Sivadon et P. Quéron.

De nombreux auteurs ont récemment insisté sur les intéressants résultats thérapeutiques obtenus par l'emploi de la vitamine B1, dans un certain nombre d'affections aiguës ou chroniques relevant d'une atteinte du système nerveux. La vitaminothérapie B1 a désormais acquis droit de cité en neuropsychiatrie, particulièrement pour le traitement des accidents nerveux de l'alcoolisme chronique et celui des délires aigus.

Mais le mécanisme d'action de l'aneurine, dans ce cas, reste obscur. Comment expliquer son action favorable dans des affections de pathogénie en apparence si diverse que l'encéphalite léthargique, la poliomyélite, l'atrophie musculaire progressive (Mc Cormick), la psychose de Korsakoff (Martimor et Neveu), le délire aigu (Dupouy et Micucci) ? Certains auteurs signalent même des améliorations dans la maladie de Recklinghausen, la sclérose en plaques, la paralysie générale, le tabès, etc. Ces diverses affections s'accompagnent-elles d'avitaminose B1 ? ou simplement l'aneurine exerce-t-elle une action trophique ou stimulante sur la cellule nerveuse, favorisant ainsi les processus de guérison ?

Quoi qu'il en soit, il paraît acquis que la carence en vitamine B1 joue un rôle dans la genèse de nombreux troubles nerveux. Les faits que nous allons rapporter semblent démontrer, à l'inverse, que des troubles nerveux très divers peuvent constituer un terrain particulièrement propice à l'apparition de manifestations morbides de type béribérique.

Depuis quelques mois, nous observons, parmi les pensionnaires de la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château (Allier), une véritable épidémie de troubles carentiels à évolution rapide et souvent mortelle. Près de soixante-dix cas ont été observés en six mois, sur une population de 800 malades environ. Quarante et un ont eu une évolution fatale (du 1er janvier au 15 juin 1941).

Nous devons nous contenter de résumer brièvement les deux tableaux cliniques les plus fréquemment observés.

1° *Forme œdémateuse* (48 cas, 27 décès).

Asthénie, amaigrissement, parfois troubles parétiques des membres inférieurs (avec ou sans modification des réflexes). Apparition d'un œdème mou débutant habituellement au niveau des jambes et de la face, puis envahissant tout le corps. Cet œdème, très mobile, se déplace suivant la position adoptée par les malades dans leur lit. Il prend souvent des proportions considérables, réalisant l'aspect de « Bouddha » décrit dans le béribéri humide. Il s'accompagne d'épanchements abondants au niveau des séreuses (plèvres, péricarde, péritoine). On constate fréquemment une diarrhée abondante, sans caractère particulier. Le pouls est ralenti (de 45 à 50 en moyenne) mais reste longtemps bien frappé et même bondissant. Puis apparaissent des troubles du rythme cardiaque. La température est très basse (de 35° à 36°5 habituellement). Dans un cas, elle est descendue à 33°8. La tension artérielle est le plus souvent normale.

Plusieurs fois, des ascensions fébriles ont été constatées : elles étaient liées à une congestion pulmonaire surajoutée. Les urines sont normales et ne contiennent jamais ni albumine, ni sucre.

En l'absence de traitement, l'affection évolue en quelques semaines, parfois en une dizaine de jours, vers l'œdème pulmonaire et la mort. Les diurétiques habituels (théobromine, scille, amino-phylline, diurétiques mercuriels) sont sans effet. La saignée et l'ouabaïne n'apportent aucun soulagement à la période d'œdème pulmonaire. Les vitaminothérapies A, C et D sont inefficaces. Dans de nombreux cas, nous avons obtenu une amélioration importante en injectant chaque jour, pendant 12 à 20 jours, un gramme de chlorure de calcium intraveineux. Chaque fois,

les œdèmes ont regressé assez rapidement, amenant des baisses pondérales de l'ordre de 1 kilo chaque jour. Mais l'évolution fatale n'a été enrayée que 3 fois par ce procédé, chez des sujets jeunes. Chez les autres, après disparition des œdèmes, la mort est survenue, par collapsus cardiaque, quelques semaines plus tard.

De bien meilleurs résultats nous ont été donnés par la vitamine B1. Dans certains cas, même, la guérison a pu être obtenue en quelques jours : il s'agissait là encore, de sujets jeunes, traités dès les premiers symptômes. Dans d'autres cas, les plus nombreux, l'amélioration n'a pu être obtenue qu'après plusieurs semaines de traitement. Ce dernier, pour être efficace, doit être intensif (de 1 à 4 centigrammes en injections intraveineuses et sous-cutanées). Malgré cela, plusieurs échecs ont été enregistrés, les malades succombant brusquement par collapsus cardiaque, après une phase d'amélioration.

Depuis un mois, enfin, nous expérimentons, sur deux malades, le retour à une ration normale de pain (600 grammes par jour, prélevés, hélas ! sur la part de leurs camarades !) Sans autre thérapeutique, ils sont actuellement améliorés.

Neuf autopsies ont été pratiquées : elles ont permis des constatations identiques. Epanchements abondants d'un liquide jaune citrin au niveau des séreuses : de 3 à 5 litres dans le péritoine, de 1 à 2 litres dans chaque plèvre, de 100 à 250 cc. dans le péricarde. Dans tous les cas, le muscle cardiaque était gonflé d'un œdème gélatiniforme qui, pour beaucoup d'auteurs, serait caractéristique du béribéri. Les reins ont toujours été trouvés normaux. Les poumons sont fortement œdématiés et présentent au niveau d'un ou de plusieurs lobes, de la congestion passive.

2° *Forme cachectique* (19 cas, 14 décès).

Amaigrissement rapide réalisant une véritable fonte musculaire. Asthénie considérable. Troubles parétiques des membres inférieurs. Dans trois cas, véritable syndrome polynévritique avec troubles de la marche, amyotrophie, myalgies, abolition des réflexes patellaires. Dans les autres cas, les signes fonctionnels étaient les mêmes, mais les réflexes étaient conservés.

Comme dans la forme œdémateuse, les sujets sont hypothermiques. Ils présentent des troubles digestifs : anorexic rarement, diarrhée fréquemment. On constate souvent des troubles cardiaques : bradycardie, extrasystoles, bruit de galop. La mort survient brusquement par syncope. A l'autopsie, pratiquée dans quatre cas seulement, on ne trouve aucune autre lésion que des signes de myocardite : le myocarde est mou (dans un cas, il était légèrement œdémateux), les coronaires sont dilatées.

Là encore, un seul traitement nous a donné quelques résultats, à vrai dire moins brillants que dans la forme œdémateuse. La vitamine B1 nous a permis, dans trois cas, d'enrayer l'évolution de la maladie. Deux autres malades présentant des troubles polynévritiques ont pu quitter l'infirmerie, sans d'ailleurs avoir récupéré leurs réflexes. Les malades âgés ont tous succombé.

Des manifestations pathologiques analogues ont été constatées dans divers services d'hôpitaux psychiatriques. Leur pathogénie reste obscure. Il nous a semblé que le tableau clinique dont elles se rapprochaient le plus était celui du béribéri. Plusieurs éléments permettent de penser à une avitaminose B1. Ces troubles apparaissent en effet chez des sujets soumis à un déséquilibre brusque de leur ration alimentaire. Presque tous nos malades étaient de gros mangeurs de pain. Certains en mangeaient jadis jusqu'à 5 à 6 livres par jour. A vrai dire, ils ne mangeaient guère autre chose. Actuellement, ils sont réduits aux 250 gr. quotidiens. Cependant, il ne s'agit pas de sujets quantitativement sous-alimentés. Nous avons même été frappés de ce que presque tous nos malades se rencontraient parmi les pensionnaires placés chez des cultivateurs et dont la nourriture est restée abondante malgré les restrictions. La plupart même, pour compenser le manque de pain, ont augmenté leur ration en légumes, favorisant peut-être ainsi un trouble du métabolisme des glucides.

On ne saurait parler de contagion : nos malades sont en effet isolés les uns des autres et répartis chez les habitants dans un rayon de 20 kilomètres autour d'Ainay-le-Château. Un élément infectieux ne peut davantage être invoqué : en dehors de quelques cas de congestion pulmonaire terminale, tous nos sujets sont hypothermiques. Il semble donc qu'il ne puisse s'agir que de troubles carentiels par déséquilibre nutritif. Le tableau clinique de type béribérique et l'action favorable de l'aneurine permettent de penser qu'une avitaminose B1 est en cause.

Mais ce qui nous a particulièrement frappés et nous a spécialement incités à vous rapporter ces faits, c'est que seuls, dans la région, les pensionnaires de la Colonie Familiale sont atteints. Les praticiens des environs n'ont constaté aucun cas analogue dans la population civile. L'état sanitaire de cette dernière est resté excellent, tandis que la mortalité moyenne de notre établissement a plus que triplé. Cependant, nos malades partagent les conditions de vie et, à peu de chose près, l'alimentation de leurs nourriciers. D'autre part, les hommes semblent beaucoup plus fréquemment atteints que les femmes, peut-être parce qu'ils consommaient habituellement plus de pain. Il n'a pas été cons-

taté à la Colonie de Dun-sur-Auron, réservée aux femmes, et qui fonctionne dans les mêmes conditions que notre établissement, d'épidémie analogue.

Plus de la moitié des malades que nous avons observés jusqu'à présent étaient des imbéciles. Parmi eux, également, la mortalité a été proportionnellement la plus forte. Dix alcooliques chroniques ont réagi assez favorablement au traitement par la vitamine B1. Deux d'entre eux ont guéri très rapidement et complètement. Notons également la fréquence relative des paralytiques généraux parmi les malades atteints.

Il nous a semblé intéressant de signaler la sensibilité spéciale de ces malades à une carence d'ordre alimentaire, vraisemblablement liée à une avitaminose B1, ou plutôt à une variation brusque du rapport glucides/B1. Dans un service fermé, l'identité du régime alimentaire pourrait expliquer l'identité des troubles carentiels constatés ; la promiscuité des malades pourrait permettre d'invoquer un élément de contagion. Dans une Colonie familiale au contraire, seule la tare nerveuse dont ils sont atteints peut être invoquée pour expliquer la fragilité particulière de nos malades.

Avitaminose B1 au cours de psychopathies chroniques,
par MM. M. Montassut, V. J. Durand, G. Ripart.

Les carences alimentaires et vitaminées, imposées actuellement à l'ensemble de la population, semblent avoir une répercussion plus manifeste en milieu asilaire. C'est ainsi qu'à Moisselles, au cours des deux derniers mois et en moins de six semaines, nous avons pu observer chez quinze malades l'apparition presque simultanée de troubles que nous croyons imputables à l'avitaminose B1. Nous rapportons brièvement l'observation de ces cas dont cinq furent mortels.

Obs. I. — Mme P., 79 ans. Délire chronique. Sans état pathologique antérieur appréciable, apparition brusque de signes de défaillance cardiaque n'ayant pas cédé à la thérapeutique habituelle et à évolution aiguë. Œdème des membres inférieurs à ascension rapide. Mort par syncope cardiaque.

Obs. 2. — Mme G., 69 ans. Démence sénile. Etat de collapsus cardio-vasculaire très marqué, impressionnant par son immédiate gravité. Thérapeutique là encore sans effet.

Obs. 3. — Mme T., 73 ans. Démence sénile. Installation rapide d'un anasarque avec bruit de galop, tachyarythmie. Traitement médical ineflicace. Mort le lendemain.

Obs. 4. — Mlle P., 33 ans. Schizophrénie délirante. A présenté une polynévrite des membres inférieurs à début apoplectiforme. Troubles sphinctériens avec gâtisme précoce. Les jours suivants, troubles de l'élocution et flaccidité des muscles faciaux semblant indiquer une atteinte bulbaire. Tachycardie. Aggravation rapide de l'état général. Syncope. Mort.

Obs. 5. — Mme R., 66 ans. Démence sénile. Installation rapide d'une impotence des membres inférieurs et phénomènes paralytiques atypiques et diffus aux membres supérieurs (radial gauche, radial et cubital droits). Altération rapide de l'état général. Apparition d'escarres. Au bout de 5 jours, mort dans le marasme.

Obs. 6. — Mlle R., 62 ans. Mélancolie présénile. Œdème malléolaire avec douleurs à la pression des mollets. Conservation d'une réflectivité normale. Etat général satisfaisant. Régression assez rapide avec alimentation plus substantielle, comportant en particulier des céréales.

Obs. 7. — Mme L., 64 ans. Psychose hallucinatoire chronique. Myalgies des membres inférieurs. Œdème malléolaire modéré. Bouffissure de la face. Réflexes tendineux normaux. Bon état général. Régression sous les mêmes influences.

Obs. 8. — Mlle S., 50 ans. Psychose paranoïde. Œdème des membres inférieurs avec cyanosc. Amyotrophie marquée et bilatérale des muscles de la jambe. Douleur à la palpation des masses. Abolition des réflexes rotulien et achilléen. Régression de l'œdème sans modification de la polynévrite.

Obs. 9. — Mme H., 72 ans. Psychose hallucinatoire sénile. Œdème des membres d'apparition brutale. Ni néphropathie ni cardiopathie. Bon état général. Régression lente sous l'influence du $CaCl^2$ et d'un apport alimentaire supplémentaire.

Obs. 10. — Mlle D., 58 ans. Psychose hallucinatoire chronique. Œdème du membre inférieur discret. Pas de polynévrite. Régression en quelques jours.

Obs. 11. — Mlle Le., 56 ans. Paranoïa. Fourmillements et engourdissements des membres inférieurs. Sensation de dérobement des jambes. Amyotrophie suraïe et crurale de moyenne importance. Légère diminution des réflexes rotulien et achilléen. Pas d'œdèmes. Persistance des troubles.

Obs. 12. — Mme P., 27 ans. Hébéphrénie simple. Œdème bilatéral du membre inférieur avec cyanose, remontant jusqu'à mi-jambe. Régression lente.

Obs. 13. — Mlle M., 66 ans. Démence paranoïde. Œdème jambier surtout à gauche. Acrocyanose des membres supérieurs et inférieurs. Apparition récente de deux ulcérations périmalléolaires. Etat stationnaire.

Obs. 14. — Mme D., 44 ans. Arriération mentale. Œdème malléolaire passager avec paresthésies.

Ces observations d'inégale valeur présentent cependant un certain nombre de caractéristiques fondamentales, qui appellent les considérations suivantes :

I. — Les troubles ont affecté l'allure d'une véritable petite épidémie apparue en fin de printemps et n'ayant guère évolué plus de six semaines. Au cours de cette période, mortalité et morbidité ont dépassé non seulement le pourcentage saisonnier mais encore celui d'un hiver pourtant rigoureux. L'absence de signes généraux et l'évolution apyrétique font rejeter l'hypothèse d'une maladie contagieuse.

II. — La gravité des affections est en étroit rapport avec la déficience du terrain physique. Les psychoses séniles ou schizophréniques anciennes avec vie grabataire et troubles trophiques sont les plus exposées.

III. — La carence alimentaire globale joue un rôle certain. Les troubles sont apparus à l'occasion de la « période de soudure », sous l'influence d'une réduction générale de la ration alimentaire.

IV. — Les troubles relèvent plus spécialement de rationnements électifs. La chute pondérale n'indique pas chez nos malades d'amaigrissement massif, ni rapide : 3 à 6 kg. au cours des six derniers mois. L'apparition des troubles s'est faite quelques semaines après la suppression des abats et la restriction des céréales, en particulier de l'orge mondé qui avait été très largement utilisé.

V. — Une avitaminose paraît à la base des manifestations œdémateuses asystoliques et névritiques. L'avitaminose A est hors de cause : héméralopie et xérophtalmie n'ont pas été constatées. L'avitaminose C semble également improbable, les signes majeurs du scorbut font constamment défaut, absence de troubles digestifs, de gingivite et d'hémorragies musculaires articulaires ou cutanées. Seul le cas 3 peut soulever quelques doutes avec

son acrocyanose et ses ulcérations périmalléolaires. L'avitaminose B2 doit être également éliminée ; la pellagre, si commune dans certains asiles n'a pas été constatée.

VI. — Les troubles observés relèvent pour la plupart de l'avitaminose B1 et de ses deux principales formes cliniques ; cela respectivement ou simultanément.

VII. — La forme cardiaque ou œdémateuse semble la plus fréquente. Cependant l'œdème du membre inférieur aboutit rarement à l'anasarque. Nous constaterons seulement de la bouffissure de la face et un œdème discret au niveau du tronc et des avant-bras. Le pouls est accéléré et irrégulier. La mort est survenue par syncope, le mauvais état général de nos malades ne leur a pas permis sans doute de faire les frais d'une asystolie même rapide.

VIII. — Les manifestations névritiques plus discrètes sont cependant caractéristiques du béri-béri sec. Elles ont grandement contribué à orienter le diagnostic de ces formes mais aussi des manifestations œdémateuses, au début. La polynévrite affecte spécialement ou initialement le membre inférieur. L'extension au membre supérieur a été constatée dans le cas 5 où nous avons observé une griffe béribérique (Jeanselme). La mort par accident bulbaire est survenue dans le cas 4. Tous les autres ont eu une évolution beaucoup moins sévère. Malgré la discrétion de l'atteinte, l'atrophie musculaire nous a paru précoce et durable.

IX. — L'examen systématique de nos malades a permis de dépister des états de précarence caractérisés par l'association des symptômes névritiques et œdémateux ; celui-ci masquant souvent l'amyotrophie et les myalgies.

X. — Sans préjuger de la nature exacte de l'avitaminose B1, il est intéressant de rappeler que les troubles se sont développés peu de temps après la suppression de l'orge cortiqué qui avait fait la base de la ration alimentaire du soir durant tout l'hiver. La réadministration de cette céréale riche en vitamine B1 a paru enrayer de manière très nette nos avitaminoses.

XI. — Pour être moins fréquent que la pellagre, le béri-béri a été déjà signalé dans les asiles. En 1898, des foyers épidémiques ont été presque simultanément décrits à l'asile de Dublin et à celui de Ste-Gemmes (1).

(1) Cormoly Norman. — Sur une épidémie de béri-béri à l'asile de Richmond de Dublin. *British med. Journal*, 25 sept. 1898.

Sainte-Gemmes : Une épidémie de paralysie ascendante chez les aliénés rappelant le béri-béri. *Ann. Institut Pasteur*, 1898.

A propos des états de carence observés dans les services psychiatriques, par M. Paul Abély.

Les communications que nous venons d'entendre ont un grand intérêt actuel.

Il semble que ce soit dans nos services de psychiatrie que se manifestent d'une façon dominante et précoce ces états de carence. On en signale peu, en effet, dans les hôpitaux, très rarement encore dans la population civile.

Aussi avons-nous, je pense, le devoir de publier largement ces cas, d'ouvrir nos services aux avis plus compétents que nous dans la matière, de tenter d'éclaircir la base étiologique de ces carences et de permettre ainsi à d'autres d'envisager des possibilités prophylactiques ou thérapeutiques utiles à l'ensemble de la population.

Remarquons tout d'abord, tout au moins si j'en juge dans mon propre service, que ces phénomènes carentiels n'ont fait leur apparition que depuis quelques semaines, deux mois au plus, comme si les réserves de nos malades commençaient à s'épuiser. Pourquoi ces carences se manifestent précocement surtout chez les psychopathes ? Nous ne pouvons qu'énoncer des hypothèses.

On a déjà signalé le voisinage d'action des hormones et des vitamines. C'est ainsi qu'on a traité avec succès le bébi-béri par la tyroxine et inversement la vitamine A semble combattre l'hyperthyroïdie. Beaucoup de nos malades ont certainement déjà des troubles sympathiques et hormonaux et peut-être parallèlement une utilisation perturbée des vitamines.

C'est là une simple hypothèse. On remarque surtout ces états de carence chez les déments précoces, chez les paralytiques généraux traités sans succès antérieurement, chez quelques séniles, et accessoirement chez des alcooliques chez qui l'évolution parait d'ailleurs moins grave.

Chez certains devait exister auparavant un métabolisme anormal des glucides cérébraux, métabolisme où la vitamine B1 paraît jouer un rôle important.

J'ai eu l'occasion depuis deux mois environ de suivre dans mon service l'évolution d'une vingtaine de ces cas. Cette évolution se fait en quelques semaines et il m'a semblé qu'on pouvait la diviser en quatre périodes :

une première période, la plus longue : cachexie à évolution

progressive, fonte et atrophie musculaire rapides, états parétiques sans troubles des réflexes ou simple affaiblissement de ceux-ci, asthénie profonde ;

une deuxième période : accentuation des phénomènes précédents, sécheresse très accentuée de la peau, envahissement de celle-ci par le staphylocoque : furoncles, anthrax, abcès, récidivants et résistants à tous traitements ;

troisième période : apparition des œdèmes aux pieds, aux jambes, aux mains, au visage, aux paupières ; hypothermie (35° et moins) ;

quatrième période terminale et rapide : les œdèmes disparaissent, l'asthénie devient profonde, la dyspnée apparaît, le malade tombe dans un état somnolent. Son teint devient bronzé, un peu addisonien, des placards bleuâtres apparaissent aux coudes, aux genoux, aux chevilles, le sujet est de plus en plus somnolent et s'éteint dans un état subcomateux.

Chez aucun de ces sujets on n'avait trouvé de troubles cardiaques, d'albumine ou de sucre dans les urines, d'urémie, d'acidose. Les réflexes étaient exceptionnellement troublés, sauf chez deux alcooliques où l'étiologie de ces symtômes devenait imprécise.

Les traitements s'étaient montrés inefficaces : augmentation de matières grasses (beurre apporté par les familles), injections de sérum glucosé, de nicobion, de vitascorbol, ingestion d'huile de foie de morue, extraits hépatiques, de sirop de sucre, etc...

L'apport de matières grasses semble cependant ralentir l'évolution et amener une légère amélioration.

Mettant ces symptômes sur le compte d'une avitaminose possible, j'ai cherché à savoir dans la mesure de mes moyens incomplets et avec la collaboration de spécialistes dévoués qu'elle était l'avitaminose en cause :

l'avitaminose A : l'examen oculaire ne montrait pas d'héméralopie ou de distrophie cornéenne ; l'épreuve de l'huile de foie de morue était négative ;

l'avitaminose C ne semblait pas en cause : l'épreuve urinaire de saturation, essayée dans quelques cas seulement, se montrait négative ; je n'avais d'ailleurs jamais remarqué de symptômes hémorragiques, de signes de scorbut ;

l'avitaminose PP : aucun signe de pellagre et le nicobion n'avait rien donné ;

l'avitaminose D ou E étaient aussi à éliminer.

Demeurait alors seulement toute la série des vitamines B. On

compte maintenant au moins trois vitamines B et la liste n'est peut-être pas close. La B1, si importante chez nos malades et dont on peut apprécier la valeur prophylactique dans les accidents de l'insulinothérapie ne me paraît pas cependant jouer le rôle unique dans ces états de carence. En effet, les troubles des réflexes sont loin d'être constants et il ne semble pas qu'il s'agisse en fait de cas typiques de béri-béri.

Je retiens plus, peut-être à tort, comme génératrice possible de ces états de carence la vitamine B2, associée à la carence de B1. D'après les auteurs, la B2 a une utilisation nutritive et d'entretien, réglant le métabolisme des sucres, des graisses, appelée aussi vitamine antidermatique. On la trouve dans les œufs, la viande, le lait, la bière, substances dont sont surtout privés nos malades. Une telle avitaminose cadre avec la fonte musculaire, la sécheresse de la peau, la virulence du staphylocoque, l'atrophie œdémateuse, l'asthénie rapidement mortelle.

Sur huit décès on a pu pratiquer seulement deux autopsies. Dans les deux cas se remarquait une disparition complète des réserves graisseuses et une déshydratation très marquée. La paroi abdominale était amincie et avait une épaisseur de un à deux centimètres, le pannicule adipeux avait entièrement disparu. L'épiploon était réduit à l'état de voile. Les reins avaient perdu leur soutien adipeux. On trouvait un abondant liquide péritonéal, les poumons étaient congestionnés sans lésion tuberculeuse, le foie gris-bleu ardoisé très atrophié, les reins gros et blancs.

En somme, s'agit-il d'une avitaminose B2 et B1 ou seulement d'une disette de matières grasses (les malades en fait de graisse ne reçoivent guère que de la margarine) ou d'une association des deux. Ma compétence est trop incomplète pour pouvoir conclure.

Peut-être pourrait-on donner à ces malades, ce que je n'ai pas encore fait, de la levure de bière, et de la bière à titre de boisson comme contre-épreuve et de la vitamine B2 et B1 sous tout autre forme.

On peut retenir seulement que ces états de carence apparaissent depuis quelques semaines dans nos services de pychiatrie et semblent se multiplier dangereusement. Nous devons signaler ces cas aux autorités qualifiées et nous entourer de tous les conseils utiles.

M. Beaussart. — Dans les services d'aliénés hommes on observe des troubles par carence caractérisés par des symptô-

mes polynévritiques et myopathiques, parfois des états d'allure scorbutique. Ces malades sont sensibilisés aux infections microbiennes. On a décrit des cas de neuro-œdèmes en insistant sur leur caractère épidémique.

M. Guiraud. — A ces données cliniques il faut ajouter les documents produits ici même par M. Le Guillant. Il ne s'agit pas seulement d'avitaminose, mais aussi d'un défaut d'aliments hydro-carbonés, d'une hypoalimentation.

M. Gouriou. — Il existe un précédent qui mérite d'être signalé, c'est celui de la période 1917-1918 en pays occupés. On observait alors de nombreux cas d'avitaminose avec œdèmes. A la thérapeutique spécifique on associait la strychnine dont on utilisait le pouvoir neurotonique et sans doute aussi fixateur des vitamines.

M. Carrette. — J'étais prisonnier à Lille en 1918 et je puis confirmer les déclarations de M. Gouriou. La carence alimentaire avait sensibilisé les individus. Les hôpitaux étaient encombrés de dysentériques, fébriles, en état d'adynamie, œdématisés. Malgré le sérum physiologique et la strychnine, les décès, en juillet 1918, atteignaient le chiffre mensuel de 400 à 500 (sur 140.000 habitants à cette époque) pour cette seule statistique. A côté de ces malades, des salles entières étaient remplies de scorbutiques, d'enfants atteints de maladie de Barlow. Sauf dans les cas très sévères le sirop antiscorbutique et les toniques nervins permettaient des résultats rapides, mais peu durables étant donné l'insuffisance des ressources alimentaires.

La paligraphie survenant au décours des chocs insuliniques, par M. L. Fromenty.

Voici d'abord deux observations :

Obs. I. — Psychose de la lactation. Phase confusionnelle. Phase schizophrénique. Insulinothérapie. Guérison. Au décours de l'insulinothérapie, paligraphie passagère.

Cont... Henriette, femme Aug..., 22 ans. — Antécédents familiaux mal connus. Enfance et jeunesse normales. Domestique en maison bourgeoise. Mariée. Premier accouchement le 12 octobre 1940. Des crevasses du sein obligent à interrompre la lactation. Compression

de seins volumineux et durs. Purgation. Déclenchement des troubles mentaux.

Le certificat de 24 heures, le 12 novembre 1940, mentionne : « Impulsions au suicide, agitation anxieuse, insomnie, incohérence des discours avec trouble de type bleulérien des associations d'idées. Fièvre. Pendant les jours suivants, la température monte à 39° ; état saburrhal ; expectoration purulente sans bacilles de Koch. Wassermann négatif. Urée-sang : 0 gr. 40 par mille. Thérapeutique : désinfectants intestinaux, Dagénan, tonicardiaques. »

Le 1er décembre, tous les symptômes physiques avaient disparu, l'état général est excellent, à part l'appétit qui est nul. Mutisme absolu. Regard absent. Indifférence. Gâtisme.

Le 4 décembre, on institue une cure d'insuline par la méthode de Sakel. Les comas apparaissent à 50 unités, le 8 décembre. Ils sont régulièrement continués jusqu'au 15 décembre, et arrêtés alors en raison de la pâleur, de l'hypotension artérielle.

Ce n'est que quelques jours après que la malade commence à suivre du regard la vie de l'entourage. Puis parle à voix basse ; mais exprime alors des idées de persécution (on dit que son père est un voleur, que toute sa famille est vilaine...), qui disparaîtront quelques jours plus tard. Le gâtisme persiste. Elle ne réclame pas sa famille.

Le 4 janvier 1941, elle demande de quoi écrire. La première lettre, non datée encore, d'une écriture hésitante sans fautes d'orthographe ou avec des corrections à bon escient, raisonnable et affectueuse, présente de la paligraphie. Faute de place, nous ne donnons que la fin de cette lettre : « ...je serai bien contente de partir avec toi pour retrouver ma petite Nicole. Surtout viens mercredi et apporte mes affaires et je m'en irai avec toi pour retrouver ma maison et ma petite Nicole. Dans l'espoir de te voir bientôt et apporte-moi mes affaires pour que je m'en aille avec toi je serai bien contente de partir avec toi. Donc mon chéri je compte sur toi pour mercredi et apporte-moi mes affaires pour que je m'en aille avec toi. Donc mon chéri je te quitte..... »

Nous jugeons inutile de transcrire un texte plus long. Toute la lettre est faite de la répétition, tantôt plusieurs fois de suite, tantôt alternativement des mêmes thèmes, en n'y introduisant que des variations minimes de mots. Les lettres écrites tous les jours suivants sont d'une écriture mieux assurée, remplissent intégralement le papier à quatre pages ; mais on y retrouve seulement deux ou trois phrases indéfiniment répétées, un peu selon la formule musicale ou poétique du rondo avec toutes les irrégularités, la monotonie, et surtout l'impuissance à se borner qu'on peut s'attendre à trouver dans un écrit pathologique.

Sortie le 13 janvier. Le 28 avril 1941, une lettre de la malade, sans aucune trace de paligraphie, bien que très circonstanciée, parfaitement juste de ton, nous confirmait la solidité de la guérison.

Obs. II. — Catatonie ayant duré presque deux ans, guérie par insulinothérapie, et coïncidant avec une rechute de coxalgie. Au décours de l'insulinothérapie, paligraphie passagère.

Rich... Madeleine, femme Vrév..., 28 ans. — Pas d'antécédents héréditaires. Famille de cultivateurs robustes. A 16 ans, coxalgie nécessitant de longues années d'immobilisation dans divers hôpitaux. A partir de 22 ans, domestique à Paris. Mariage. Pas de grossesse. Se sépare de son mari sans qu'on sache pourquoi. Elle est très appréciée comme femme de chambre.

Au printemps 1939, début brusque de troubles mentaux aigus. Rentre chez sa mère en Touraine et essaie aussitôt de s'empoisonner en buvant une solution de métacuprol. Admission le 7 avril 1939 dans un état de stupeur mélancolique, dont les caractères mélancoliques ne tardent pas à s'estomper et à disparaître. Mutisme. Immobilité de planche. Soulève seulement un peu la tête quand on porte à sa bouche les aliments qu'elle avale avec une lenteur extrême, et le siège où l'on met périodiquement le bassin. Négativisme. Facies inexpressif, bouffi, d'une pâleur de cire. Cet état persiste sans changement, la mobilisation n'ayant pas permis de s'occuper davantage de la malade.

Le 15 janvier 1941 on institue un traitement insulinique par la méthode de Sakel. Du 15 au 18, successivement on monte de 30 à 60 unités ; du 21 au 25, jusqu'à 70. Les comas se produisent alors quotidiens et réguliers ; du 29 au 6 février, 90 unités. Une fièvre, que nous avons attribuée à un début de bronchopneumonie de déglutition, oblige à arrêter les comas.

Dès les premiers jours, la malade mangeait spontanément avec boulimie. Puis elle est devenue souriante. Puis a regardé l'entourage avec intérêt. Puis a parlé normalement.

Mais on s'aperçoit alors, en voulant la lever, que sa coxalgie s'était ravivée. La tête fémorale apparaît à la radio très altérée et fortement luxée. On doit remettre la malade dans le plâtre et la longue immobilisation, à laquelle elle est condamnée, risque de compromettre une guérison sociale complète qui s'annonçait très satisfaisante.

Malgré tout subsistent encore quelques particularités à signaler, qui à notre avis seraient susceptibles de guérir entièrement par la reprise de la vie normale. Le caractère de la malade est maintenant d'une bonté diffuse, avec tendances amnistiantes, en particulier à l'égard de son mari, à qui elle n'a aucun grief à faire, et elle s'étonne même d'en être séparée depuis si longtemps. Il y a dans les lettres, dans les conversations de la malade encore du puérilisme et de l'oisiveté, peut-être exagérément entretenue par la cure d'immobilisation. Enfin, au sortir de la cure d'insuline, il y a eu pendant quelques semaines une amnésie portant sur la mort du père, qui a eu lieu il y a dix ans.

Dès les premiers jours après les comas, la malade a écrit à ses parents. Voici sa lettre du 26 février 1941 : « Ma chère maman et mon cher papa, je suis très bien, j'ai grand fin (*sic*) penser à moi, je pense beaucoup à vous. Je peux partir, le Docteur me l'a dit ce ma-

tin, je suis bien contente, je pense beaucoup à vous, pensez que j'ai fin surtout, je suis très contente de pour voir (nous respectons l'orthographe de la malade, qui a été déjà aussi incorrecte dans les lettres de plusieurs années antérieures à la maladie, que nous avons demandées à la famille) partire. Je suis heureuse, je pense beaucoup à Renée, à Roger, à Arsène (ses frères) que je pense beaucoup. Oubliez moi pas, demain j'espère avoir de la visite, je pense beaucoup à vous tous... » La lettre continue ainsi en répétant indéfiniment les trois thèmes : « J'ai grand faim, je pense beaucoup à vous, penser à moi ».

Il est oiseux aujourd'hui de discuter pour savoir si ces deux malades seraient devenues ou non des démentes précoces. Ces mots désignent en effet des états terminaux trop connus et qui arrivent à se ressembler par appauvrissement idéo-affectif, tandis que les affections cérébrales qui y mènent, multiples et diverses, sont, à l'origine, d'une symptomatologie très individualisée. L'insulinothérapie aura sans doute le mérite de nous obliger à étudier avec plus de précision les débuts de ces affections. Les modifications extraordinaires que cette thérapeutique provoque dans l'idéation, l'activité, la personnalité même des malades mentaux, les syndromes neurologiques corticaux (épilepsie, monoplégies) ou sous-corticaux (léthargies, rigidités, clonies, spasmes) et même parfois, hélas ! bulbaires, indiquent que l'insulinothérapie déclenche une véritable encéphalite qu'il s'agit, par un doigté encore très empirique, d'arrêter avant les catastrophes.

Il n'en est pas moins vrai qu'à côté des symptômes neurologiques relativement aisés à observer et à noter, on assiste au décours des comas à des modifications psychiques extrêmement variées, qui, méthodiquement notées et analysées, pourront ouvrir bien des horizons. La paligraphie de nos deux malades offre une modeste contribution à cette étude.

Signalée par Trénel, dans la séance du 26 janvier 1914 de cette société, chez les épileptiques, et définie par lui comme une « répétition habituelle de la même idée, de la même phrase, du même mot de façon monotone » la paligraphie a été délaissée depuis. A l'état chronique elle se retrouve, croyons-nous, assez fréquemment dans les écrits des arriérés.

Chez les malades dont l'intelligence, et en particulier l'écriture, a atteint un niveau normal, la paligraphie, survenant à

titre passager, soit à l'issue d'états aigus de type confusionnel, ou d'états sub-aigus schizophréniques, et plus particulièrement à la suite de traitement insulinique, nous semble constituer un témoin des modifications favorables du psychisme. Quand nous la découvrons chez nos deux malades, c'est au moment où le malade reprend pied et cesse d'être entraîné par le courant morbide qui dissolvait son psychisme. La confusion, la dissociation des idées, les ébranlements si graves de la vie affective sont spontanément ou par l'effet de l'insuline, arrêtés ou supprimés. Le malade, dans la paligraphie, paraît s'agripper de nouveau à quelques blocs idéo-affectifs solides autour desquels son psychisme va se recontituer.

Dans cette affirmation répétée de thèmes simples qui le rattachent à sa famille, le malade est saisi en train de reprendre le contact avec la réalité.

La palilalie peut-elle être considérée comme un symptôme de la série catatonique, par M. L. FROMENTY.

La palilalie, signalée d'abord par Souques, chez les pseudo-bulbaires puis dans les séquelles de l'encéphalite épidémique, a fait l'objet d'une étude de P. Marie et G. Lévy dans le *Monde Médical* du 1er avril 1925. Ces deux auteurs, qui attribuent la palilalie à des lésions du système strié, la considèrent d'ailleurs comme un symptôme assez rare même dans l'encéphalite épidémique. Ils la séparent nettement des stéréotypies des malades mentaux, dont le mécanisme est, à leur avis, totalement psychique, tandis que pour eux, dans la palilalie, le mécanisme purement verbal seul est touché. Cette opinion est aussi celle de Bostroem dans le Traité de Bumke.

Mais M. P. Guiraud, dans une séric de communications avec ses élèves, et en particulier dans le très bel article consacré à l'analyse du symptôme stéréotypie (*Encéphale,* 1936, II, p. 228), estime cette séparation injustifiéc. Pour M. Guiraud toutes les nuances existent entre le mécanisme psychique et le mécanisme purement verbal. De plus, selon lui, la palilalie est la plus commune des itérations et on la trouve souvent dans l'hébéphréno-catatonie.

Malgré le très grand intérêt théorique de ces études de M. Guiraud, nous nous demandons si cette fréquence de la palilalie dans l'hébéphréno-catatonie est réelle, ou, autrement dit, si

tous les cas où on la rencontre chez des malades jeunes sont des hébéphréno-catatonies. A l'occasion des remarques que nous avons été amené à faire sur la paligraphie après les comas insuliniques, nous avons voulu revoir cette question à la lumière de nos seules observations.

Voici les trois observations qu'il nous a été donné de recuelllir en vingt ans de pratique psychiatrique.

Observation I. — B... Louise, 20 ans. — Pas d'antécédents familiaux ni personels pathologiques.

Début à 15 ans par une baisse rapide des notes scolaires, de la négligence, de l'oisiveté rêveuse, de la malpropreté, de l'inaptitude progressive à la vie familiale et sociale, des fugues, du refus de l'alimentation, puis, peu avant l'admission, de la palilalie.

A l'admission, le 2 juillet 1934, on fait un traitement anti-infectieux (iodaseptine intraveineuse et abcès de fixation) sans résultat.

Le 14 septembre, une fièvre à grandes oscillations apparaît. L'examen radiologique montre de la tuberculose pulmonaire. La fièvre disparaît après une cure par les sels d'or. Mais une cachexie mortelle s'installe, et le 2 janvier 1935 la malade meurt de péritonite tuberculeuse avec perforation intestinale.

Pendant tout le séjour à l'hôpital, la malade est restée agitée et assez affectueuse, surtout dans la période terminale. Mais la palilalie qui existait à l'admission n'a pas cessé de s'aggraver. Qu'elle répondît à une question, ou qu'elle se laissât aller à des monologues incohérents, la malade avait de la palilalie. Elle répétait rarement des lambeaux de phrases, le plus souvent des mots ou des syllabes. Souvent, quand elle s'animait, le débit prenait le type de la tachyphémie paroxystique de Claude.

Après formolage à dix pour cent, le cerveau fut expédié à Mme C. Vogt à Berlin. Quelques jours après nous recevions une lettre contenant les photos des coupes macroscopiques des hémisphères, que Mme C. Vogt interprétait comme un état marbré du noyau caudé et du thalamus. Malheureusement l'étude microscopique de ce cas n'a pas été poursuivie.

Il s'agit donc là, à notre avis, non pas d'une hébéphrénie banale mais d'une forme d'encéphalite, avec lésions striées, palilalie d'un haut degré et, accessoirement, nombreux symptômes confusionnels et schizophréniques. Evolution rapide de tuberculose. En raison de l'opposition de la famille, la ponction lombaire n'avait jamais été faite.

Observation II. — Sel... Eugène, 25 ans, valet de chambre. — Pas d'antécédents pathologiques familiaux. Père, vieux colonial,

Enfance studieuse. Autodidacte. Surmenage. Pendant le service militaire au Maroc, typhoïde et paludisme.

Au retour du régiment, modification progressive du caractère qui devient renfermé, chagrin, haineux, et de l'activité, rêverie, oisiveté.

Admission le 25 juillet 1930, au cours d'une crise confusionnelle avec tentative de suicide.

Peu à peu la maladie évolue et s'installe un syndrome paranoïde avec nombreuses hallucinations psychomotrices. Le malade se bouche les oreilles. Fait toutes sortes de manœuvres et de toilettes propitiatoires. Puis finit par demeurer au lit, ne plus bouger et parler de moins en moins. Il est le Christ. Il sourit avec condescendance, sauf quand on déplace ses affaires, alors il devient furieux. Dès 1935 est apparue chez lui de la palilalie syllabique, qu'il a d'ailleurs expliquée par son délire : « Ils veulent, dit-il, empêcher le Christ de parler. »

Observation III. — Ber... Louis, 30 ans, horticulteur. — Pas d'antécédents connus. Normal jusqu'au régiment. Peu après son retour devient instable, persécuté. Tentative de suicide. Est placé dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine, puis d'Avignon. Entre dans notre service le 28 avril 1937.

Le malade se révèle indifférent, oisif, persécuté, halluciné. Cet état n'a pas sensiblement varié depuis lors, bien qu'à plusieurs reprises, et particulièrement après la dernière cure dont nous allons parler, le malade soit devenu plus souriant et plus bavard avec nous.

Dès le début nous avons constaté chez lui une palilalie syllabique très marquée. Cette palilalie se remarque peu ou pas au début de l'interrogatoire. Elle augmente au contraire très vite dès qu'on exige qu'il continue de parler sans interruption. Il en arrive vite alors à la tachyphémie paroxystique. L'attention nécessaire à faire une addition arrête pendant ce temps la palilalie.

En outre de la palilalie, ce malade présente un ptosis à gauche très marqué et une légère bradylalie, de telle sorte que chez lui on peut porter le diagnostic de syndrome post-encéphalitique avec coexistence d'un syndrome d'hébéphrénie, les deux étant aussi peu évolutifs.

Bien que ces deux derniers malades n'aient jamais présenté de paligraphie, nous avons voulu les soumettre à un traitement par les comas insuliniques, désireux que nous étions de savoir si cette thérapeutique était capable de modifier leur palilalie. Du 26 avril au 6 mai 1941 ces deux malades ont reçu progressivement des doses quotidiennes d'insuline de 30 à 70 unités. Après quelques comas très effectifs, on a cru devoir interrompre la cure, les deux malades étant maigres, pâles et très hypotendus. Tous deux ont été pris de boulimie et maintenant sont plus souriants et plus sociables, mais sans rien de changé ni dans leurs hallucinations, ni dans leur délire.

L'observation constante de la parole de ces deux malades dans l'intervalle des comas et dans le stade qui a suivi a montré que la palilalie n'avait jamais été modifiée chez aucun d'eux. Etant donné les énormes et rapides modifications que les comas insuliniques apportent dans les symptômes catatoniques, on peut douter que la palilalie soit un symptôme de même ordre. Ses causes doivent tenir à un type de lésions cérébrales non influençables par l'insulinothérapie.

De l'étude de ces trois observations de palilalie chez des jeunes, considérées sous l'angle de la statistique, de l'anatomie pathologique et de thérapeutique, nous croyons pouvoir conclure :

d'abord que la palilalie n'est pas un symptôme fréquent dans l'hébéphréno-catatonie ;

que la palilalie est un symptôme traduisant un trouble de la parole conditionné par des lésions graves et indélébiles de l'appareil strié. Son incurabilité contraste avec la plasticité spontanée ou par insulinothérapie de la plupart des symptômes catatoniques ou schizophréniques lorsqu'ils ne sont pas anciens.

Son existence veut donc dire encéphalite, et cette encéphalite, si ses lésions sont diffuses, peut donner chez les jeunes des états mentaux aigus ou chroniques qui ressemblent à l'hébéphréno-catatonie.

M. Guiraud. — La palilalie typique, celle qu'a décrite Gabrielle Lévy, est très rare dans la démence précoce. C'est la paligraphie qu'on observe surtout. Les deux éléments caractéristiques de la palilalie sont la répétition et l'accélération. Les cas de Gabrielle Lévy relevaient du parkinsonisme, de syndromes striés, concernaient des pseudo-bulbaires, des encéphalitiques. Je n'ai jamais identifié la palilalie des déments précoces à celle des encéphalitiques, ni confondu la catatonie avec le parkinsonisme. La palilalie est un signe complexe et intriqué dans la démence précoce. On l'observe à l'état d'association comme dans la palilogie de Trénel où il y avait palilalie et volubilité.

La séance est levée à 18 heures 45.

Le Secrétaire des séances :

P. Carrette.

Séance du Mercredi 9 Juillet 1941

Présidence : M. Achille DELMAS, président

PRÉSENTATIONS

Paralysie générale de Lissauer,

par MM. Guiraud, G. Deshayes et Mlle M. Micucci.

Observation. — Mlle B... Lucie, 43 ans, entre dans le service le 31 janvier 1941. Après 18 ans de service elle avait été remerciée de sa profession d'infirmière pour « insuffisance professionnelle ». En janvier 1941, idées de persécution : craignait d'être asphyxiée par des gaz, ne faisait rien chez elle. Le 15 janvier, excitation brusque pendant la nuit ; loquacité extrême ; le lendemain matin on la retrouve étendue à terre sans connaissance. Se réveille, mais reste trois jours sans pouvoir articuler un mot. Elle est conduite à l'hôpital où elle s'agite et d'où elle est envoyée à Sainte-Anne avec les renseignements suivants : « Troubles mentaux ; ictus sans hémiplégie, aphasie transitoire, puis jargonaphasie ; agitation ; délire ; rétention d'urine. Liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,40, lymphocytes 25, Weichbrodt + ; dans le sang, toutes réactions fortement positives. Pupilles inégales et rigides en mydriase ; réflexes tendineux vifs. Dysarthrie peu accentuée, tremblement léger, pas de signes d'atteinte pyramidale. A son entrée, grande agitation, nécessitant le maintien par le maillot, loquacité intarissable et incompréhensible. Incapacité d'attirer de façon quelconque l'attention de la malade qui continue toujours de parler, avec beaucoup de gestes et une mimique variée. Peu à peu la malade se calme relativement sans que son aspect général se modifie.

Voici un exemple sténographié de son langage spontané : « Surtout ditestes moi et pour vous de fait à Lyon de l'enfant de lui, de lui benotelutete de lui ben fait nonoter hôtel, benoton, saleté fumier, c'est la vérité bernitolon bernitolon. Les choses qui faisait des saletés fumier j'avais de tout tout à personne qui grimotait tetel qu'il est mais lui tout seul faisait de ça. J'états bernoutoton de la vieille hôtel, il dispermotait l'homme qui m'a fait l'hôtel un groom l'antil ferait ce saleté fumier sa gomme entre lui le pauvre malheureux tout neuf

et lui il y a de moi avant de moi dodon graves et formetel... Vous ferez notel saleté fumier dans la vie hôtel je vous tous ee que je ne travaillais dans la vie hôtel... Il faut ce que je vous attendez, il faut absolument que je le voie mieux que ça pourtant tenez bon Dieu, bon Sang ma vie hôtel attendez bertier, bon Dieu, il faut que je vous le dédère, c'est pour ça c'est pas ça, oh bon Dieu Bertolummier, ete... ».

Beaucoup de particularités sont à noter dans ce langage spontané.

1° Il n'est pas vide de sens, s'accompagne d'une émotion et d'une mimique intense. Il occupe tellement l'attention de la malade que rien ne peut la distraire ni l'interrompre. Quand on l'écoute pendant longtemps et à plusieurs reprises, on a l'impression que la malade se plaint vivement d'un homme qui a dû lui causer des désagréments.

2° Il y a une certaine conscience de l'incapacité d'exposer sa pensée par le langage ; les dernières lignes citées où elle cherche son nom sont caractéristiques.

3° La structure du langage est profondément troublée et comporte la perte des liaisons logiques, des déformations verbales par à peu près habituelles dans la paraphasie, des itérations syllabiques assez fréquentes, des mots privilégiés ou stéréotypés qui reviennent sans cesse. Son histoire est exposée interminablement et itérativement. Il y a à la fois persévération et itération.

L'aphasie est évidente. Dans les moments exceptionnels où on peut fixer son attention la malade est incapable de comprendre ce qu'on lui dit, sauf quelques phrases simples au début de la conversation. Les objets usuels sont bien reconnus et normalement utilisés, mais la malade est incapable de lire et aussi de reconnaître les images et les dessins les plus simples. Dans toutes les épreuves elle n'a jamais reconnu que son nom.

Pour le dessin et l'écriture on constate une imitation servile des détails des modèles présentés sans que l'ensemble soit reconnu. La malade recopie tout en lettres intermédiaires entre la typographie et la cursive mais toujours lettre par lettre sans reconnaître l'ensemble du mot. L'écriture spontanée est en cursive avec d'innombrables itérations syllabiques.

Il faut souligner que dans sa jargonaphasie il y a, outre la perte de la valeur symbolique du langage, un phénomène positif d'excitation, ou de libération si l'on préfère, à savoir la logorrhée associée à l'itération et à des formules stéréotypées, ce qui indique une dégradation de niveau de la parole qui est soumise : 1° à une excitation générale comparable à celle de la manie et portant à la

fois sur l'activité générale et l'activité verbale ; 2° à un système de régulation inférieur tendant à l'itération et à la stéréotypie.

Nous croyons utile de faire remarquer que des phénomènes semblables sont observés dans la maladie de Pick et surtout celle d'Alzheimer et également dans certaines formes de schizophrénie (schizophasie). Les rapports entre certaines aphasies et le langage des schizophrènes ont été depuis longtemps signalés par Pfersdorff. Ajoutons qu'il serait sans doute intéressant, dans l'étude même de l'aphasie, de mettre en relief pour la paraphasie et la jargonaphasie une composante due à l'intervention d'un mode de régulation sous-cortical se substituant au mode de régulation habituel. L'un de nous a déjà décrit, sous le nom de syndrome P.É.M.A., les modifications que cette baisse de niveau introduit dans le langage des schizophrènes et de certains déments (1).

Les symptômes constatés chez la malade présentée correspondent à une forme spéciale de paralysie générale, celle de Lissauer et Storch (2), dans laquelle on observe des syndromes de localisation inhabituels dans la forme classique. Cette localisation correspond presque toujours à une atrophie localisée aux régions irriguées par les dernières branches de la sylvienne.

La malade a été malarisée le 25 février 1941. Elle a eu 8 accès réguliers parfaitement supportés. Les symptômes d'apparence focale ont été peu modifiés par la malaria. (C'est ce que l'un de nous a déjà constaté dans un cas analogue. Mais précisément dans ce dernier cas les symptômes généraux de la paralysie générale avaient disparu, et le malade a pu sortir et vivre longtemps avec sa famille, ne présentant plus que des signes de lésions en foyer atténués : syndrome thalamique avec apraxie et alexie). Le 1er mai 1941 survient une complication, un véritable état de mal épileptique avec convulsions subintrantes généralisées mais débutant d'ordinaire et prédominant à droite, avec cyanose confinant à l'asphyxie, troubles du rythme respiratoire, etc. Aucun traitement, ni le somnifène intraveineux, ni la saignée, n'est efficace, et la malade décède le 2 mai 1941. Cette complication terminale semblait confirmer de façon décisive le diagnostic de paralysie générale de Lissauer. En effet, dans leur récent travail d'ensemble, Houston Merrit et Springlova (3) signalent la présence

(1) P. Guiraud. — Analyse du symptôme stéréotypie, *Ecéphale*.

(2) Lissauer et Storch. — Ueber einige Fäll atypischer allgemeiner Paralyse (*Monatsch. für Psych. und Neurol.*, Tome IX, page 401, 1901).

(3) H. Houston-Merrit et M. Springlova. — Etude clinique et pathologique de la Paralysie générale de Lissauer. *Arch. of Neur. and Psych.*, mai 1932, page 987, tome 27.

à peu près constante d'attaques épileptiformes graves dans cette variété de paralysie générale.

L'autopsie n'a pas confirmé d'abord ce que nous nous attendions à trouver. L'aspect macroscopique du cerveau est celui d'une paralysie générale ordinaire: congestion généralisée comme chez tous les paralytiques généraux morts après ictus, épaississement et adhérences de la pie-mère, granulations épendymaires. Mais l'examen histologique nous montre que malgré l'absence d'atrophie localisée de la région de Wernicke notre cas est bien une paralysie de Lissauer. On sait que les recherches récentes ont montré que la lésion causale habituelle de la paralysie de Lissauer n'est pas directement la prédominance locale des lésions histologiques habituelles de la paralysie générale. La forme de Lissauer dérive très vraisemblablement d'un processus aigu puisque les symptômes de la maladie apparaissent après un ictus et puisque les attaques épileptiformes sont très fréquentes. On constate d'ordinaire dans ces cas l'aspect histologique que Spielmeyer a nommé « état spongieux ».

Diverses pathogénies ont été soutenues pour expliquer cet état spongieux : processus vasculaires, modifications initiales de la substance blanche et récemment modifications brusques des phases de la structure colloïdale du tissu nerveux (Braunmühl). Cette dernière opinion est également soutenue par Malamud (1).

Voici les résultats de l'examen histologique du cerveau de notre malade :

Lobes frontaux : épaississement et adhérence méningée, raréfaction cellulaire, réaction périvasculaire modérée mais très nette, cellules en bâtonnet assez nombreuses.

Lésions analogues dans les lobes *pariétal* et *occipital.*

Noyaux gris centraux peu atteints, mais avec des manchons périvasculaires. Lésions plus importantes dans *la corne d'Ammon :* cellules en bâtonnet assez nombreuses, énorme prolifération de la macroglie.

Zone de Wernicke gauche. Pie-mère très épaissie et adhérente presque partout, forte infiltration par des lymphocytes et quelques plasmocytes, réactions périvasculaires très importantes par places. La lésion vraiment caractéristique est l'hypertrophie de la macroglie. Sous la pie-mère et autour des vaisseaux, les gliofibrilles constituent un feutrage très abondant. Dans les couches profondes il en est de même. Les cellules macrogliques deviennent monstrueuses

(1) Malamud. — Lissauers dementia paralytica. *Arch. Neur. Psyc.*, 1937, vol. 38, I, 2, page 27.

avec un cytoplasme très étalé et d'énormes prolongements. Etat spongieux surtout typique dans le gyrus supramarginalis.

Dans la substance blanche, les lésions sont encore plus accentuées; les corps cellulaires de la macroglie amiboïde apparaissent comme de nombreuses pertes de substance dans les préparations myéliniques. La myéline elle-même très raréfiée, disparition complète des fibres tangentielles et radiaires.

Par la coloration à la thionine (méthode de Nissl modifiée) la substance blanche est remplie de précipitations d'une substance métachromatique de nature non lipidique visible surtout sur les coupes à la congélation ; la coloration de cette substance amorphe métachromatique disparaît des coupes en quelques jours. Cette dernière lésion est généralisée à toute l'écorce, elle est probablement récente et semble la cause de l'état de mal épileptique qui a provoqué le décès.

En résumé, quoiqu'il n'y ait pas d'atrophie localisée macroscopique, les lésions histologiques sont bien celles que les auteurs attribuent à la paralysie générale de Lissauer, avec cependant une réaction macroglique d'une intensité extraordinaire.

M. Laignel-Lavastine. — Cette malade a-t-elle présenté dans son langage des manifestations d'assonance et de rythme ?

M. Guiraud. — Oui. J'ai déjà publié un cas analogue. J'ai observé également le cas d'un paralytique général qui improvisait des octosyllabes. Toute baisse de niveau provoque le retour à ces manifestations d'assonance et de rythme.

M. Laignel-Lavastine. — Cela correspond bien au langage archaïque. On assiste ici à une évolution inverse de celle qu'on observe dans les civilisations, où les manifestations rythmiques sont toujours primitives.

M. Marchand. — En ce qui concerne l'état spongieux, qu'on trouve également dans nombre d'états de démence sénile ou dans des formes avec atrophie plus ou moins localisée, je crois qu'on peut l'interpréter comme une façon, pour le cerveau, de remplacer par du liquide les parties manquantes de l'organe. Il s'agit en somme d'un état spongieux de remplacement. On peut, à mon avis, en distinguer deux sortes : l'un *passif,* s'observant dans les états d'atrophie cérébrale ; l'autre *actif,* s'observant dans les états d'œdème cérébral.

La différence histologique entre ces deux états est la suivante : Dans le premier cas, il s'agit d'une atrophie surtout localisée dans

les dernières couches de l'écorce et s'étendant même à la substance blanche. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un œdème plus généralisé intéressant également en particulier la couche moléculaire.

Au point de vue de la forme de Lissauer, on y décrit toutes sortes de lésions. Généralement, il s'agit d'endartérite des petits vaisseaux ; parfois aussi d'athéromasie se surajoutant aux lésions de méningite syphilitique. Enfin, dans la paralysie générale, on observe des atrophies avec perte de substance localisée déterminée par des troubles circulatoires dans le voisinage. D'ailleurs, dans le cas présenté, il y a de l'endartérite non douteuse.

M. GUIRAUD. — Pour la plupart des auteurs, il y a dans les formes localisées, outre un processus aigu (se produisant généralement après ictus), un processus chronique. Le processus aigu me paraît le plus habituel. Dans les 35 cas rapportés par Houston Merritt, l'état spongieux est considéré comme la règle.

Tumeur cérébrale latente et épilepsie,

par MM. L. MARCHAND et P. GOURIOU.

C'est un fait bien connu que l'épilepsie peut évoluer pendant des années et sa cause organique ne se déceler que tardivement. Dans l'observation suivante, la malade a été considérée comme atteinte d'épilepsie dite idiopathique pendant plus de six ans et les symptômes organiques symptomatiques d'une volumineuse tumeur cérébrale ne sont apparus que quelques mois avant la mort.

OBSERVATION. — Mlle G..., âgée de 30 ans, cuisinière, se présente à la consultation spéciale pour les épileptiques à l'Hôpital Henri-Rousselle le 28 septembre 1931. Aucune tare héréditaire. Rien de spécial dans son enfance et son adolescence. Elle a une fille de 3 ans bien portante.

Elle nous donne les renseignements suivants : en janvier 1939, à l'âge de 29 ans, alors qu'elle se considérait en parfaite santé, elle fut atteinte en dormant d'une première crise convulsive. L'accès avait débuté par une sensation imminente de mort. Depuis quelques mois elle avait ressenti quelques étourdissements de très courte durée auxquels elle n'avait pas attaché d'importance.

Depuis, les accidents se sont reproduits deux ou trois fois par mois surtout au moment des règles plus souvent le jour que la nuit. Ils se manifestent sous différentes formes. Les grandes crises sont ainsi caractérisées : aura consistant en un malaise stomacal ; pâleur de la

face, perte de connaissance absolue ; mouvements convulsifs peu violents intéressant les membres des deux côtés ; morsure de la langue. Pas d'émission d'urine, ni de salivation mousseuse. Durée de la crise quelques minutes. Stertor consécutif, puis céphalée violente et sensation d'être en état d'ivresse.

Dans d'autres crises convulsives, la conscience est en partie conservée ; la malade sent que sa tête cogne sur le sol et elle entend ce que l'on dit autour d'elle, mais ne peut parler. Dès que la crise est terminée elle appelle « au secours ». D'autres accidents consistent en un simple étourdissement d'une durée de 2 à 3 secondes.

Sous l'influence d'un traitement au belladénal, les grandes crises deviennent très rares et seules les courtes absences persistent. La malade peut continuer son métier de cuisinière. Elle est ainsi suivie jusqu'au 15 avril 1938, c'est-à-dire pendant six ans et demi à la consultation des épileptiques.

Un examen de sang pratiqué plusieurs fois a toujours donné des résultats négatifs. Les examens neurologiques n'ont jamais décelé des signes d'une lésion cérébrale localisée. La malade a toujours refusé la ponction lombaire.

Le 5 mai 1938, à la suite de plusieurs crises en série, elle entre à l'hôpital Henri-Rousselle. Elle est transférée à l'asile Sainte-Anne le 10 mai avec le certificat suivant : « Epilepsie. Crises convulsives fréquentes, parfois à type bravais-jacksonien (bras gauche). Vertiges. Débilité mentale surajoutée, incapacité sociale du fait de sa maladie. Dépression secondaire. Tristesse. Ennui morbide. Découragement. Vagues idées de suicide. »

Le 11 mai, le Dr Abély la voit à l'admission et note : « Epilepsie convulsive et psychique, débilité mentale, troubles du caractère, préoccupations hypocondriaques, phase dépressive, crise convulsives. Tremblement digital et lingual. Réflexes tendineux exagérés. Cicatrice de la cuisse droite. Ecorchure du sacrum. »

Le 12 mai, certificat du Dr Gouriou : « Epilepsie convulsive ; crises convulsives généralisées et crises bravais-jacksoniennes : une crise faciale au cours de l'interrogatoire. Actuellement épuisement, obnubilation. Parésie du bras gauche. Atrophie, dysesthésie tactile, hyperthermie et cyanose. Ces troubles seraient consécutifs à une contusion de l'épaule au cours d'une crise. »

La malade fatiguée est cependant lucide et donne des renseignements précis sur ses antécédents, sur sa fille âgée de 10 ans qui vit chez sa grand'mère.

Il y a trois mois, à la suite d'une crise et pour la première fois, elle a senti son bras gauche paralysé. Sa capacité professionnelle déjà amoindrie s'est fort atténuée ; de 900 francs par mois qu'elle gagnait comme cuisinière de grande maison, elle ne gagne plus que 4 francs par jour comme femme de ménage et ne touche, en outre, qu'un secours de 50 francs à la mairie. C'est à cela qu'elle attribue son amaigrissement considérable qui a été anormalement rapide et

concorde avec l'épuisement général. Elle est assez grande et ne pèse que 51 kilogrammes.

Au membre supérieur gauche, atrophie de tous les muscles, l'avant-bras est en demi-flexion sur le bras ; le pouce, la première et la deuxième phalanges des autres doigts sont fléchis. Les troubles vaso-moteurs de l'extrémité inférieure de l'avant-bras et de la main sont très marqués : rougeur violacée, chaleur. Les sensibilités tactile, thermique, douloureuse sont conservées, mais se manifestent avec retard. Son bras est spontanément douloureux par paroxysmes. Les réflexes y sont affaiblis. La face est déviée vers la droite.

Aux membres inférieurs : atrophie musculaire. Les réflexes sont exagérés des deux côtés avec ébauche de clonus. Les pupilles sont en mydriase, réagissant bien. Le foie est légèrement douloureux. Les poumons et le cœur sont normaux.

La malade a eu deux vertiges conscients dans la nuit précédant son arrivée. Le 13 mai elle est notée comme ayant bien dormi et s'étant bien alimentée. Le 14 au matin, au moment de l'examen de la malade, alitée, elle fait une crise convulsive généralisée au cours de laquelle le cœur s'arrête et elle ne peut être ramenée à la vie.

Autopsie : Examen de l'encéphale. — Adhérences des lobes frontaux entre eux à leurs faces internes. Les sillons des deux hémisphères sont effacés. L'hémisphère droit présente au niveau de la région fronto-pariétale une tumeur faisant hernie, intéressant la partie postérieure de la deuxième frontale, la partie moyenne et supérieure de la frontale ascendante, la partie moyenne de la pariétale ascendante. Le néoplasme se présente sous forme d'une masse gélatineuse, blanchâtre. La pie-mère qui recouvre la tumeur paraît complétement dépourvue de vaisseaux. Au toucher le tissu néoformé est très mou.

Sur coupes, la tumeur a un aspect grisâtre, elle occupe seulement les régions corticales et sous-corticales des circonvolutions énumérées plus haut. Ce n'est qu'à la partie supérieure de la tumeur que celle-ci paraît s'étendre sur une profondeur de deux centimètres dans le cerveau. Par endroits quelques piquetés hémorragiques. Les ventricules ne sont pas dilatés. Autour des parties tumorales et très profondément le tissu cérébral est atteint de ramollissement aigu ; consistance très molle, aspect blanc jaunâtre.

Rien de particulier à l'hémisphère gauche, au cervelet, au bulbe. Pas d'athérome des artères de la base. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule.

L'hémisphère droit pèse : 660 gr. ; le cervelet et le bulbe 155 gr.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par des cellules à noyaux arrondis ou ovoïdes, très riches en grains de chromatine ; nombreux sont en voie de division amitosique ; leur corps cytoplasmique est très réduit de sorte que les noyaux semblent disposés dans un réseau fibrillaire assez lâche. De place en place présence de cellules avec noyaux très volumineux. Au niveau de la couche corticale quelques cellules nerveuses en voie d'atrophie sont encore visi-

bles dans le tissu néoplasique. Nombreux petits foyers hémorragiques microscopiques. Parois adventitielles des vaisseaux épaissies. Le tissu tumoral est infiltratif et non compressif. L'aspect est celui d'un astrocytome à petites cellules. Dégénérescence presque complète des fibres myéliniques.

A sa partie antérieure, le tissu tumoral présente une autre structure. Les cellules néoplasiques sont clairsemées dans un tissu collagène fibrillaire. Leurs noyaux sont minces, allongés, tortueux, irréguliers, terminés souvent par un épaississement en massue ; ils sont disposés dans tous les sens ; leur cytoplasme est peu abondant et mal limité. Dans le tissu, présence de cellules nerveuses très atrophiées. Autour du tissu néoformé, réaction oligodendrocytaire très accusée. L'aspect de la tumeur en cette région prend l'aspect d'un astrocytome à cellules fusiformes avec production abondante de collagène.

Dans le lobe frontal droit, dans les régions voisines du néoplasme, de nombreuses cellules pyramidales sont en voie d'atrophie et présentent les lésions neurofibrillaires d'Alzheimer; dans le corps cellulaire, les primitives fibrilles sont épaissies, tortueuses, pelotonnées et très argentophiles. Réaction oligodendrocytaire dans toute cette région.

Du point de vue clinique, aucun symptôme particulier ne venait compliquer l'épilepsie qui se présentait avec les caractères d'une épilepsie dite idiopathique ; les crises convulsives, les vertiges, les absences en étaient les principales manifestations ; on ne notait aucune modification de l'état mental dans l'intervalle des accidents. C'est ainsi que, traitée, cette malade put continuer pendant des années son dur métier de cuisinière. L'épilepsie n'était apparue qu'à 29 ans ; il s'agissait donc d'épilepsie tardive, forme dont la cause organique peut d'ordinaire être mise en évidence.

La tumeur a dû commencer à se développer à la partie antérieure du lobe frontal droit, ce qui explique l'absence de tout symptôme localisateur ; puis, elle s'est étendue en arrière ; elle atteint tardivement la partie moyenne des frontale et pariétale ascendantes provoquant la monoplégie supérieure gauche terminale et les crises à caractères bravais jacksoniens. Les lésions histologiques s'accordent avec cette hypothèse évolutive. A sa partie antérieure, le néoplasme revêt les caractères d'un astrocytome à cellules fusiformes dipersées dans un abondant collagène tandis qu'à sa partie postérieure, il s'agit d'un astrocytome à petites cellules dont l'infiltration dans le tissu sain se développe rapidement ce qui aurait rendu toute intervention impossible même si un diagnostic étiologique avait pu être posé plus tôt.

Fait intéressant à noter, nombreuses cellules situées autour du tissu tumoral présentent la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer.

Gliome double des lobes préfrontaux et syndrome mental, par MM. L. Marchand et P. Gouriou.

L'observation suivante concerne un fait très rare. Il s'agit d'une malade atteinte à la fois d'un gliome du lobe préfrontal droit et d'un gliome du lobe préfrontal gauche sans qu'il y ait relation entre les deux tumeurs.

Observation. — Mme T. E., âgée de 64 ans, est hospitalisée à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 18 février 1938.

Les seuls renseignements que nous avons pu obtenir sur les antécédents de cette malade sans famille sont les suivants. Elle tenait un commerce de vins avec son mari. Celui-ci est tombé malade et est mort il y a neuf mois après une longue maladie. Elle s'est beaucoup fatiguée à le soigner et a éprouvé un profond chagrin. Depuis deux mois troubles progressifs de la mémoire au point que ce sont ses voisins complaisants qui venaient l'aider dans son commerce. Depuis huit jours elle se négligeait complètement. ne se lavait plus, ne s'habillait plus. Amaigrissement considérable. Gâtisme.

Elle n'aurait jamais fait de fausses couches, elle a perdu un enfant âgé de 18 mois. Aucun excès éthylique.

La malade se présente inerte, apathique, indifférente ; le visage est atone, inexpressif. Elle tient les yeux mi-clos. Pendant l'interrogatoire, elle ouvre les yeux sans sortir de son inertie. Elle ne répond pas à la plupart des questions. Elle veut bien cependant dire la date actuelle ; elle ne sait pas où elle est ; elle est née le 14 mars 1938 ; elle ne se rend pas compte que c'est l'année actuelle. Elle serait malade depuis 6 à 7 mois. Somnolence continue dès qu'on cesse l'interrogatoire. Pas de signe d'éthylisme malgré sa profession.

Elle est transférée à l'asile Sainte-Anne le 22 février 1938 avec le certificat suivant : « Présente un état démentiel. Affaiblissement intellectuel global, gros troubles de la mémoire et de l'orientation, bradypsychie, indifférence, inertie, apathie profonde, gâtisme. Réflexes tendineux normaux. Pupilles paresseuses. Liquide céphalo-rachidien xanthochromique, albumine 2 grs ; R. Pandy ++ ; R. Weichbrodt +. Leucocytes 3,2 ; Benjoin 11111.20122.22210 ; Meinicke positif ; Bordet-Wassermann négatif. Tumeur cérébrale possible. » (Docteur Pichard).

Un examen de sang pratiqué le 21 février 1938 a donné des réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn négatives.

Le certificat d'admission de l'Asile Sainte-Anne est ainsi conçu : « Est atteinte d'un état démentiel avec bradypsychie, inertie, obtusion profonde, amnésie, désorientation, gâtisme, réflexes tendineux faibles, réactions humorales de spécificité cérébrale, liquide xanthochronique, éthylisme ancien probable. A maintenir. » (Dr Abély).

Elle est transférée à Maison-Blanche le 25 février 1938. Certificat de 24 heures : « Est atteinte de démenee organique ; affaiblissement avec élément confusionnel. Somnolenee. Bradypsychie. Tension artérielle : 18-10. Un vomissement à l'entrée. Gâtisme. Pas de bradycardie. A maintenir. » (Dr Gouriou).

A l'entrée la malade se présente désorientée, somnolente, mais en réitérant les demandes on obtient des réponses eourtes, faites avec lenteur et effort : elle nous dit être âgée de 65 ans, avoir une fille de 44 ans (faux), avoir fait deux fausses eouehes (?), avoir perdu son mari il y a six mois. Elle aurait eu une fièvre typhoïde à 14 ans. Elle ne serait plus réglée depuis l'âge de 24 ans (?). Elle a toujours éte malade, dit-elle : « e'était le sang qui me rendait malade ». On note dans les réponses des éléments paraphasiques. Elle ne se rend pas compte de son état, elle est satisfaite de son sort, indifférente au milieu où elle se trouve.

Livrée à elle-même. elle retombe dans un profond état d'inertie ; la respiration est irrégulière, avee des intervalles apnéiques. L'auseultation des poumons ne révèle rien d'anormal. Les pupilles sont en myosis, la gauche irrégulière. Elles ne semblent pas réagir à la lumière. Le réflexe rotulien est très faible à gauehe, aboli à droite. Ebauche de Babinski à gauehe. Aueune paralysie des membres et des globes oeulaires. Pas de troubles de la sensibilité. Les bruits du eœur sont sourds : le pouls à 90. Tension artérielle 18-10. La langue est saburrale, le foie paraît augmenté de volume. Ni suere, ni albumine, ni aeétone dans les urines. Poids : 61 kgs. Esearre sacrée. Pas de fièvre (37°2) à l'entrée. Les températures vespérales des jours suivants oseillent entre 37°5 et 37°7. La malade est gâteuse. Elle a de grandes diffieultés à avaler les liquides et risque de s'étrangler. A l'entrée, en dehors de toute ingurgitation, elle a un vomissement qui se fait sans effort.

Le 4 mars, étant donné d'une part les réaetions humorales, et d'autre part le bon état de ses reins, on commenee une série d'injections de Bivatol.

Le 6 mars, la malade expectore des crachats gris verdâtre de bronchite. Elle ne répond aux questions que par un signe de tête. Diarrhée sanguinolente.

Le 7 mars, une ponction lombaire prudente est faite. L'air injecté dans le canal raehidien ne pénètre pas dans les ventricules et les eliehés craniens obtenus donnent peu de renseignements. Il n'y a lieu de ne retenir que l'aeeentuation des gouttières vaseulaires, la tonalité un peu sombre de la région frontale et la diminution d'étendue de la plage claire antéro-inférieure. L'albumine rachidienne est alors de 0,85. Le lendemain, mêmes expeetorations ; diarrhée très liquide et sanguinolente. La diffieulté d'avaler augmente. La respiration devient plus profonde et plus irrégulière. La malade meurt le 9 mars.

Autopsie. — *Encéphale. Examen macroscopique. — Cerveau :* les sillons sont effacés. Congestion diffuse méningée.

Hémisphère droit : présence d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine qui infiltre le tiers antérieur de la première frontale et de la deuxième frontale ; alors qu'elle occupe toute la largeur de la deuxième frontale, elle n'intéresse que la moitié externe de la première frontale. En profondeur, elle atteint le centre ovale. En arrière, elle s'étend jusqu'à l'extrémité antérieure du ventricule latéral et occupe à ce niveau l'axe blanc de la deuxième frontale, le centre ovale et une partie de la première circonvolution limbique.

Un foyer hémorragique de la grosseur d'une petite noix occupe l'axe blanc de la deuxième frontale.

La tumeur est d'une consistance assez ferme, de coloration grisâtre irrégulière ; elle est parsemée de petits foyers hémorragiques. La pie-mère à son niveau ne paraît pas altérée. Autour de la tumeur le tissu cérébral présente l'aspect d'un ramollissement blanc.

Hémisphère gauche : présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix infiltrant la partie la plus antérieure de la première frontale au niveau même du pôle. Sa consistance et son aspect sont les mêmes que ceux de la tumeur du lobe frontal droit. Le tissu néoplasique a des limites très nettes et ne présente aucun point de contact avec l'autre tumeur.

Les ventricules latéraux sont très réduits de volume. Aucune lésion du bulbe et du cervelet. L'hémisphère droit pèse 620 gr., le gauche 600 gr., le cervelet et le bulbe 160 gr.

Examen microscopique. Tumeur du lobe frontal droit. — Le néoplasme est formé de cellules d'aspect polymorphe renfermant des noyaux soit arrondis, soit fusiformes ; elles se disposent en faisceaux. Leur cytoplasme est finement fibrillaire. Par places, elles se disposent soit en couronnes, soit en cordons prenant un aspect pseudo-papillaire. De l'un des pôles des cellules partent des fibrilles qui viennent soit s'insérer sur des vaisseaux situés au centre de la couronne ou des cordons, soit s'intriquer avec celles des autres cellules en formant un fin réseau. Certains éléments dans les zones situées entre les faisceaux sont constitués par des cellules névrogliques à corps cytoplasmique homogène, énorme et peu fibrillaire ; elles ont des formes variées ; leurs noyaux sont rejetés à la périphérie.

Le stroma conjonctivo-vasculaire est très développé. Prolifération considérable des cellules adventitielles (gliome télangiectasique). Nombreuses zones de dégénérescence avec déchets cellulaires conservant une disposition pseudo-papillaire.

Autour de la tumeur, zone très étendue dans laquelle on note une gliose réactionnelle très accusée, constituée par d'énormes astrocytes protoplasmiques disséminés dans un tissu fibrillaire.

Disparition presque totale des fibres myéliniques dans le tissu tumoral.

Tumeur du lobe frontal gauche. — Mêmes caractères histologiques que la tumeur du lobe frontal droit. Même aspect gliomateux avec disposition pseudo-épithéliomateux des cellules et prolifération très

accusée des cellules adventitielles dans les axes conjonctivo-vasculaires.

Dans les autres régions de l'encéphale, lésions d'œdème cérébral ; espaces périvasculaires et péricellulaires dilatés. Hémorragies miliaires corticales qui par places dilacèrent la substance corticale. Suffusions sanguines méningées.

Aucune lésion cérébelleuse. Dans le bulbe quelques parois vasculaires sont le siège d'une légère réaction embryonnaire.

Cette malade présentait un état de confusion mentale avec torpeur marquée, forme clinique souvent observée au cours des tumeurs cérébrales, syndrome cependant insuffisant pour autoriser le diagnostic en l'absence de symptômes généraux tels que céphalées, vomissements, vertiges. La ponction lombaire, en décelant un liquide xanthochromique, une albuminose considérable sans lymphocytose, une réaction au benjoin avec précipitation dans les zones syphilitique et méningitique, orienta le diagnostic vers celui de tumeur cérébrale. A noter cependant qu'une réaction de Meinicke positive et une certaine paresse pupillaire laissent planer quelque doute en faveur d'une spécificité cérébrale. Un traitement antisyphilitique n'eut aucun effet. Une tentative de ventriculographie resta sans résultat, l'air n'ayant pas pénétré dans les ventricules latéraux.

Les principales particularités des troubles mentaux sont leur précocité et leur intensité, fait signalé dans les tumeurs préfrontales n'intéressant même qu'un seul lobe (Baruk). La rapidité de l'évolution est également à signaler puisque la mort est survenue trois mois après le début des troubles mentaux.

Les tumeurs n'occupent qu'une partie des lobes préfrontaux. Celle de droite est plus volumineuse que celle de gauche. Il s'agit de gliomes pseudo-papillaires infitrant et détruisant le parenchyme nerveux. L'examen histologique décèle en outre un œdème cérébral très accusé et, comme dans nombreux cas de tumeur cérébrale, on ne peut faire la part du rôle joué par celui-ci dans la production du syndrome mental.

M. Laignel-Lavastine. — Je voudrais demander à M. Marchand si l'on a observé chez cette femme une diminution de la spontanéité, comme cela se voit souvent dans les tumeurs préfrontales.

M. Marchand. — Tout ce qu'on a pu savoir, c'est que deux mois avant son entrée elle avait dû être aidée dans son commerce ; ce n'est que huit jours avant l'admission qu'elle est tombée dans un état de stupeur.

M. Laignel-Lavastine. — Comment M. Marchand conçoit-il l'existence d'un même type de tumeur dans les deux lobes. S'agit-il d'un essaimage ? Ce serait là quelque chose de très rare. Or ici, il y a une différence d'âge très nette entre les deux tumeurs.

M. Marchand. — Je ne pourrais pas le dire avec précision. La seconde tumeur intéresse surtout l'écorce, la méninge est également plus prise que de l'autre côté. L'essaimage est très possible, il a pu se faire par le liquide céphalo-rachidien. Celà ne s'observe pas habituellement, ce ne peut donc être qu'une hypothèse.

M. Guiraud. — A propos du liquide céphalo-rachidien, j'ai l'impression que lorsque le Wassermann y est négatif, l'existence d'un Meinicke positif n'a pas une grosse signification au point de vue syphilis.

M. Gouriou. — Chez notre malade le traitement anti-syphilique a été tenté parce que c'était pour elle la seule chance d'amélioration. Je dois noter que ce cas, dans lequel la mort survint une heure avant la ponction lombaire, aurait pu s'ajouter à la statistique que publia naguère Bizard, sur les morts liées à des coïncidences fortuites et pouvant soulever des problèmes médico-légaux.

M. Laignel-Lavastine. — Au sujet de la statistique de Bizard, j'ai eu l'occasion de publier le cas d'un sujet observé à la Pitié chez lequel j'avais prescrit une ponction lombaire prudente. Pour des raisons fortuites, la ponction fut retardée de 24 heures, or le sujet succomba brusquement dans l'intervalle.

M. Barbé. — Je souligne dans ce cas l'importance de la dissociation albumino-cytologique.

Réticence dans un délire de filiation, par MM. Laignel-Lavastine, Charles Durand et Paul Neveu (*présentation du malade*).

La réticence ou dissimulation est un fait assez banal sous une forme commune ; chez le malade, que nous présentons, elle a atteint un degré et des caractères tels qu'il faillit en résulter des conséquences médico-légales qu'il est intéressant de rapporter.

Observation. — Rudolph K..., âgé de 46 ans, garçon coiffeur, Tchèque naturalisé Français, présente, depuis plusieurs années déjà, un délire de filiation, qui paraît fondé sur un certain degré de ressemblance de ses traits avec ceux du masque napoléonien.

Nous savons de lui qu'il naquit en Moravie. Son père était un mi-

neur, qui semble avoir été bien portant ainsi que sa mère. Jusqu'à l'âge de 14 ans, il fréquenta l'école, puis il apprit le métier de coiffeur. A l'âge de 20 ans, il vint en France. Pendant la guerre de 1914-1918, interné civil, il fut employé chez des particuliers. Après la guerre, il retourna en Bohême et y épousa une Française qui devait mourir en 1928, après lui avoir donné un fils âgé actuellement de 18 ans. Vivant en France depuis 1920, il attira sur lui l'attention de la Préfecture de Police, dès 1931, par des lettres où il revendiquait la restitution du titre de Prince impérial. Engagé à la Légion Etrangère en 1933, il aurait présenté un épisode fébrile pendant lequel il découvrit qu'il avait vécu jusque là « en amnésie ». De faux souvenirs lui permirent de reconstituer une histoire de filiation, de persécution et de grandeur. Les officiers du mess, où il était cuisinier, auraient confirmé ses suppositions par leurs plaisanteries et en lui donnant le surnom de Napoléon. Sa conviction était si formelle qu'il partit, à sa libération, en Suisse où demeurait son père supposé, afin de réclamer ses droits. Econduit par le concierge, il se rend à Paris, y fait des démarches, et enfin, pour attirer l'attention sur son cas, se fait arrêter pour grivèlerie. Il est alors conduit à l'Infirmerie Spéciale, où on l'interne le 16 septembre 1938, après avoir écarté toute supposition de simulation « malgré les apparences ».

Dans le service de la Clinique, il présenta un délire de filiation très actif, puis une période de réticence avec allégation de guérison, dont nous verrons les conséquences administratives, enfin l'abandon de l'attitude réticente et, de nouveau, l'énonciation du délire.

Le délire de filiation. — Le thème, très riche, est un roman aux péripéties compliquées, dont la narration varie peu depuis le début de l'internement. L'idée de filiation est centrale ; elle a pour corollaires les thèmes de grandeur, de richesse, d'aventures épiques et de persécution. Le « roman » de notre malade a été exprimé au cours des examens successifs et dans des lettres d'une calligraphie soignée ; nous en résumons les principaux points.

La filiation princière : Rudolph K... est, en fait, le Prince Joachim Napoléon Bonaparte. Il est né à Prangins en Suisse. Son père, le Prince Louis Napoléon Bonaparte, fils de Napoléon III, fut gouverneur en Russie, puis général d'armée en Italie. Pendant son enfance, Rudolph fut transporté en Moravie où il fut élevé par Jean K... et son épouse, qui lui laissèrent croire qu'ils étaient ses parents. Afin d'être soustrait à des rivalités de famille, il fut élevé comme un enfant du commun, dans l'ignorance de sa haute origine.

Les idées de richesse et de grandeur. — Il est l'héritier des biens des Bonaparte, sa fortune était évaluée à trois milliards de francs avant la guerre de 1914. Il réserve en outre ses droits au trône impérial, non pour lui-même, mais pour son fils.

Des péripéties épiques marquent son récit. Pendant la guerre de 1914-1918, alors que, prisonnier civil, il est l'employé d'un coiffeur en Bretagne, on lui permet de combattre sous le nom de Prince Louis Napoléon. Il prend part à des combats, sa conduite héroïque lui vaut

d'être nommé sous-lieutenant après quelques semaines. Mais il est grièvement blessé, criblé d'éclats, et on le fait passer pour mort. Cependant il est ramené, dans la nuit, chez ses employeurs, où il se réveille « hélas ! amnésique ». Quelques mois plus tard, il est engagé dans l'équipage d'un sous-marin, va combattre pendant quelques semaines aux Dardanelles ; au retour, une avarie survenue en plongée est réparée par Rudolph qui, grièvement brûlé, à demi-asphyxié, parvient à sauver le bâtiment.

Les idées de persécution. — Elles sont une conséquence des idées de grandeur. Dès son enfance, il faut le soustraire à un complot. Ses ennemis sont les Bonapartistes eux-mêmes, ils soutiennent un faux prétendant, un certain Jinaseck qui est un sosie du malade. Il est victime également de l'incurie du Ministère des Affaires Etrangères, qui lui avait permis de séjourner en France sous le nom de Rudolph K... et se refuse maintenant à lui restituer son véritable état civil et les biens qu'il avait, dans un moment de générosité, mis à la disposition du pays en guerre.

Le délire est fondé sur des interprétations certainement favorisées par la physionomie napoléonienne du sujet. Depuis longtemps, certains clients distingués faisaient des réflexions ou des allusions à cette ressemblance. Les interprétations rétrospectives sont nombreuses ; les moindres faits, la délivrance d'une carte d'identité, une signature donnée sont considérés comme des preuves décisives. L'apport imaginatif est considérable, le délire présente les caractères d'une rêverie par le fantastique, l'exagération, l'invraisemblance, les contrastes que l'on y trouve. Il semble même que certains « faux souvenirs » soient des rêves authentiques rétrospectivement interprétés et enrichis, ainsi l'épisode guerrier où en l'espace de quelques semaines le malade part au front, combat, se voit nommé sous-lieutenant, est blessé grièvement, puis se retrouve au matin, indemne dans sa chambre ; une goutte de sang sur l'oreiller lui démontre qu'il s'est passé quelque chose. Il est même permis de supposer que « l'épisode fébrile », après lequel il eut l'impression « d'avoir vécu en amnésie », fut accompagné d'une rêverie morbide constituant une phase décisive dans l'élaboration du délire. C'est à partir de ce moment que la conviction morbide s'établit ; « l'amnésie se dissipait, dit-il, comme un voile. Je faisais des efforts pour me rappeler et cela m'est revenu ». La systématisation du délire est nette, définitive, sauf en de rares points de détails où on relève quelques contradictions. C'est un enchaînement de faits logiques, rigoureux, malgré leur caractère d'invraisemblance. Il s'agit donc d'une structure paranoïaque. Le fond caractériel d'hypersthénie et d'orgueil est évident ; il explique les réactions revendicatrices du malade.

La réticence. — Rudolph affirma ses revendications délirantes jusqu'en octobre 1940. A partir de cette date, il affecte de ne plus en parler. Avec une grande habileté, il allègue un abandon de la conviction délirante : « C'est une idée, dit-il, que je me suis forgée pendant que j'étais à la Légion. Cette imagination a été entretenue par les offi-

ciers, que je servais au mess et qui m'appelaient Napoléon par plaisanterie. J'ai été malade, et la preuve c'est que l'on m'a placé à l'asile ». Malgré des interrogatoires répétés et prolongés, il est impossible d'obtenir de lui autre chose qu'une affirmation de réduction du délire : « j'ai eu des idées de grandeur, c'était la maladie ». Il repousse avec ténacité la suggestion de sa filiation princière : « je suis Rudolph K... et mon père est Jean K..., un pauvre mineur tchèque. Je suis un K... et mon père est un K... ».

Mais l'attitude hypersthénique du malade, sa vigilance au cours de l'interrogatoire, le ton hautain malgré une certaine obséquiosité, font soupçonner la persistance du délire. La négation véhémente d'idées délirantes actuelles, la critique trop passionnée des troubles passés, font admettre la conservation du dynamisme affectif morbide. Cette impression est complétée par la connaissance du comportement de Rudolph vis-à-vis des autres malades qui continuent à l'appeler familièrement « Napoléon » en raison de sa ressemblance ou peut-être de ses idées. Aussi le 16 décembre 1940, le docteur Durand rédige-t-il le certificat suivant : « Présente un état délirant à mécanisme imaginatif. Thème de filiation bien systématisé. Actuellement très réticent, négation des idées délirantes qu'il attribue à la maladie. Motif utilitaire de cette rectification apparente (désir de sortie). Persistance de l'hypersthénie symptomatique de la conviction délirante. A maintenir. »

Les démarches administratives et judiciaires. — Cependant le malade entreprenait de multiples démarches pour obtenir sa mise en liberté. Il adresse au Préfet de Police une première lettre où il allègue sa guérison. Il sollicite ensuite sa dénaturalisation. Ces démarches auprès de la Préfecture de Police demeurant sans résultat, il demande à être visité par le juge de paix. Ce magistrat, ébranlé dans sa conviction par les déclarations et la logique du malade, demande un certificat de situation, celui que nous reproduisons ci-dessus. Le malade introduit alors une demande d'action en justice et sollicite l'assistance judiciaire. Las d'attendre une réponse, il s'adresse aux autorités d'occupation, sollicitant sa dénaturalisation et son renvoi en Moravie.

L'assistance judiciaire venait de lui être accordée ; mais il l'ignorait encore quand il adressa, le 25 avril, trois lettres où étaient exprimées de nouveau les idées délirantes. Cependant, le 30 mai, les autorités d'occupation demandent un certificat de situation qui est le suivant : « Présente un délire de filiation évoluant depuis plusieurs années ayant entraîné l'internement en septembre 1938. A présenté, au cours des mois précédents, une réticence très serrée, en mettant sur le compte de la maladie ses idées délirantes, donnant ainsi l'apparence de la rectification. Mais persistance du caractère hypersthénique des explications, ayant permis d'affirmer l'existence de troubles mentaux et de refuser la sortie. Depuis un mois environ, disparition de cette réticence, réclamations au sujet de sa sortie sous son « véritable nom » de « Prince Napoléon » ; nombreuses lettres soulignant

le caractère du délire. Ce malade étant dangereux pour l'ordre public, du fait de ses idées délirantes de filiation, doit être maintenu dans un établissement régi par la loi du 30 juin 1838. »

Enfin, le 26 juin, un certificat de situation en vue de sortie était demandé sur l'intervention de l'avoué chargé des intérêts du malade.

La disparition de la réticence. — Le 25 avril, notre diagnostic était confirmé par trois lettres caractéristiques portant en suscription : S.A. le Prince Joachim, Napoléon, Bonaparte, alias K... Rudolph, et adressées à M. le Professeur Laignel-Lavastine, au Chef de Clinique et au service des aliénés de la Préfecture de Police. Voici la plus caractéristique :

« Très honoré Monsieur le Professeur,

« Attendant vainement ma libération, je m'adresse à votre haute bienveillance dans le but de vous renseigner et de vous présenter mes excuses de vous avoir trompé sur mon identité. Les raisons pour lesquelles j'ai agi ainsi sont multiples, car il y a des choses pénibles dans mon cas, et vous-même, Monsieur le Professeur, pourrez en faire la constatation.

« Je fus interné d'office par la police sous prétexte : atteint d'idée de grandeur, c'est faux, s'il y a erreur de la part de la police, je n'en suis pour rien... J'ai pris la décision de ne pas accepter l'extermination de ma souche. Je crois, Monsieur le Professeur, d'avoir l'honneur d'être reconnu par vous. Il me semble vous avoir vu il y a bien des années dans le Morbihan ; je serai heureux d'avoir votre confirmation. Il me serait infiniment agréable d'être conseillé par vous sur les démarches à faire... J'adresse ci-joint une requête à la Préfecture de Police, service des aliénés, et je vous prierai de bien vouloir ajouter une note favorable à ma missive.

« Dans l'espoir d'une solution rapide, veuillez agréer, Monsieur le Professeur bien estimé, avec mes remerciements d'avance, l'expression de ma haute considération.

« Joachim Napoléon Bonaparte. »

L'abandon de la réticence paraît avoir été motivé par la lassitude, et aussi par un certain état de sub-excitation, se traduisant par une hypersthénie plus vive qui rend peut-être plus difficile la dissimulation du délire. Il faut noter aussi le rôle de l'automatisme de l'écriture, qui lève parfois certaines inhibitions du langage oral qui empêchent quelques personnes de se confier de vive voix alors qu'elles le font mieux par écrit.

L'observation de ce malade présente un intérêt au point de vue clinique et au point de vue médico-légal. La réticence qui est fréquente à un degré moindre chez beaucoup de délirants se présente bien ici avec les caractères d'une attitude volontaire, adoptée dans un but déterminé, avec l'intention de tromper. Le malade

s'efforce d'étayer une suggestion mensongère négative, l'absence de délire actuel, mais pour donner plus de puissance persuasive à sa dissimulation, il s'adapte, avec une grande habileté, aux conceptions de ceux qu'il veut tromper, d'où l'allégation de guérison d'un état morbide caractérisé par des idées de grandeur. Cette dissimulation ne se distingue pas du mensonge de la psychologie normale, c'est la dissimulation d'un délirant et non une réticence délirante.

L'apparence de guérison, de rectification du délire eût été complète si le malade n'avait présenté un symptôme essentiel, l'hypersthénie, qui se manifestait dans l'attitude hautaine, assurée, vigilante, et dans la véhémence avec laquelle il soutenait son allégation. Il est certain que c'est le ton affectif qu'il est le plus difficile de modifier volontairement, alors que le thème délirant n'est qu'un récit, qui peut être altéré ou dissimulé. Le diagnostic du délire chez ce malade reposait donc sur des caractères en quelque sorte objectifs, l'hypersthénie, la véhémence, l'orgueil, qui ont plus de valeur, au point de vue pathologique, que le thème lui-même.

Cependant, si nous savons quelle importance il faut attacher au ton affectif et à l'examen du fond mental des délirants, il est loin d'en être ainsi chez les profanes. C'est pourquoi ce malade a pu impressionner fortement un magistrat par ses déclarations et l'accent de conviction profonde avec lequel il les formulait. Par ses écrits, ses réclamations où rien ne trahit ses idées délirantes, il a pu provoquer des enquêtes qui n'ont pas abouti parce que la disparition de la dissimulation a confirmé, d'une façon indiscutable, notre diagnostic. Mais on peut imaginer sans peine les difficultés que ce cas aurait pu susciter.

M. Laignel-Lavastine. — J'attire l'attention sur le fait que ce malade a conservé une attitude affective et une sthénie qui allait contre sa réticence même. C'est justement ce qui nous a permis de l'affirmer. Comme le soutenait jadis Esquirol, c'est la manière de se comporter du malade qui a fait reconnaître sa réticence.

M. Achille Delmas. — Pourquoi parlez-vous de réticence chez lui ? Je crois que ce malade tend plutôt vers la dissimulation. Il met son hypersthénie au service d'une véritable construction de dissimulation.

M. Laignel-Lavastine. — La remarque de M. Delmas souligne bien un aspect du problème et la réticence du malade répondait en effet à une intention dissimulatrice.

Coïncidence d'un délire interprétatif et d'un syndrome de Basedow, par MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Perrin (*présentation de la malade*).

La malade que nous vous présentons, Marguerite le S..., a déjà été montrée par l'un de nous dans son cours (1) sur la sémiologie thyroïdienne des psychopathes.

Elle présentait, il y a 4 ans, à la fois un état mental pathologique et un syndrome d'hyperthyroïdie. Ce dernier a été grandement amélioré par une thyroïdectomie. L'état mental, par contre, s'est modifié et aggravé après l'intervention, et nous croyons intéressant, au sujet de cette malade, de souligner, après bien d'autres, les indications et les contre-indications de l'acte opératoire dans les cas de ce genre.

Observation. — Marguerite Le S..., âgée de 41 ans, célibataire, exerçant la profession de garde-malade, a été opérée le 8 juin 1937.

1° *Avant l'intervention,* elle présentait, depuis 1932, des troubles digestifs d'allure subjective. C'était des douleurs gastro-intestinales, à type de coliques ou de brûlure gastrique, d'intensité aiguë, avec des paroxysmes douloureux, et d'apparition assez irrégulière, encore que l'on ait noté une recrudescence au moment des règles. A ces troubles algiques s'ajoutaient quelques troubles gastro-intestinaux discrets : pesanteur après les repas, lenteur des digestions, parfois constipation ou diarrhée, état nauséeux, mais sans vomissements.

A l'examen, on ne notait aucune lésion du tractus digestif. Par contre, la malade présentait des signes évidents de syndrome de Basedow : goitre régulier, symétrique, de consistance homogène, ne semblant pas présenter d'éréthisme au moment des règles. Un éclat du regard sans exophtalmie. Une tachycardie modérée. Sans doute la malade n'avait ni tremblement, ni aménorrhée, ni amaigrissement considérable, mais on notait une grande fatigabilité et un métabolisme basal qui, de 1932 à 1937, a oscillé autour de + 30 %.

Pendant très longtemps, la malade suivit un traitement à l'hématothyroïdine, prescrit par le Dr Sainton. Puis, elle fut l'objet d'une tentative d'irradiation, interrompue après quelques séances, en raison de l'apparition, au cours du traitement, de phénomènes articulaires. Au point de vue psychique, il semble qu'elle ait présenté un état d'irritabilité, d'éréthisme émotionnel certain, avec tendances caractérielles paranoïaques nettes. Récriminations. Quérulence.

Les premières manifestations se sont fait jour de façon indiscutable

(1) Leçon clinique du Pr Laignel-Lavastine, du 4 juin 1941, à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.

dans la période qui a immédiatement préeédé l'intervention. Dans le serviee du Pr Cunéo : diseussions avee le personnel et les malades, inquiétude, peut-être même phase psyeho-sensorielle très transitoire, en tous eas interprétations multiples : « On la eonsidérait eomme une folle, on voulait l'envoyer à Villejuif ou à Charenton, on se moquait d'elle, on ne voulait pas l'opérer. »

De fait, il semble bien que chirurgiens et médeeins *aient longuement hésité* à intervenir dans un cas où les manifestations endoeriniennes n'étaient que de moyenne importance, alors que l'état psychique présentait une symptomatologie complexe et hors de proportion avec le retentissement somatique de la dysthyroïdie.

2° *Lors de l'inierventïon,* voici le eompte rendu opératoire tel que le Dr René Bloeh nous l'a fait tenir : Intervention pratiquée le 8 juin 1937, sous anesthésie locale (en présence du Dr Largeau) : « Thyroïdectomie subtotale. On laisse une petite tranehe thyroïdienne de ehaque eôté. Procédé habituel. Paroi avee drain. » L'examen anatomopathologique de la pièee opératoire montrait qu'il s'agissait d'un goitre eolloïde banal.

3° *Après l'intervention,* les phénomènes somatiques s'amendent : les troubles gastro-intestinaux diminuent, le poids augmente, mais avant tout la fatigabilité anormale disparaît.

Par eontre, les phénomènes psyehiques s'aggravent brusquement. Aux inquiétudes diffuses, au nervosisme simple, aux tendanees récriminatives du début suecède une psyehose interprétative complexe et d'ailleurs mal systématisée. En voiei l'argument essentiel. Depuis son intervention, elle ne peut travailler, on l'empêehe de le faire ; e'est la poliee qui en est eause, qui répand sur son eompte des ealomnies mensongères : on veut la faire passer pour une alcoolique, pour une femme de la rue. On tâche de la salir par tous les moyens. Elle s'en rend compte aux sourires, aux ironies, aux mots à double sens On la suit dans la rue, on l'espionne partout, on pénètre ehez elle pendant son absenee, on s'intéresse d'ailleurs également à sa vie intime, on la suit jusqu'aux w.-e. Pour éehapper à cette ambianee, la malade réagit eomme tous les perséeutés déprimés. Elle déménage plusieurs fois, elle voyage, mais partout les perséeutions reeommenient.

D'ailleurs, *élément rétrospectif,* elles avaient eommeneé avant l'intervention. Le Pr L... ne voulait pas qu'on l'opère, voulait l'envoyer à Villejuif..., elle a été obligée de supplier les médecins...

Depuis son entrée dans le service (13 oetobre 1940), l'état est sans ehangement. La malade est très rétieente, le délire est toujours fécond, mais nous n'avons pu mettre en évidenee aueun élément psychosensoriel. L'état physique est bon. En partieulier, le métabolisme de base est normal.

En résumé, il s'agit d'une malade qui présentait un syndrome de Basedow légèrement atténué, et d'autre part un ensemble de traits psyehopathiques assez aeusés, et auxquels d'ailleurs il semble que l'on puisse rattacher sans hésitation la psychose actuelle.

Commentaires. — En présence d'une malade de ce genre, on comprend que chirurgiens et médecins ait longuement hésité à pratiquer une intervention curatrice. En effet, il était difficile à l'époque de l'intervention, de préciser les relations entre le syndrome somatique et les troubles psychiques.

Le délire, insistons bien sur ce point, n'était pas encore né ; il était seulement en puissance et ne s'extériorisait guère que par des troubles du caractère, du nervosisme, de l'instabilité affective. Peut-être aurait-on dû accorder une attention extrême aux quelques tendances revendicatrices, et aux quelques idées de préjudice et de persécution manifestées par la malade à cette époque. Il ne s'agit, en effet, en pareil cas, que de nuances, mais ce sont elles qui inspirent les auteurs actuels dans le choix de la thérapeutique d'un syndrome basedowien ou parabasedowien.

Welti, Baruk et Mathey (1) insistent sur la distinction capitale qu'il faut faire entre les troubles psychiques directement liés à la maladie de Basedow, et ceux que l'on observe au cours des goîtres non basedowiens. Les premiers consistent en troubles du caractère, « hyperactivité instable et fatigable », en nervosité, irritabilité, d'une part et, d'autre part, en épisodes confusionnels francs au cours des poussées thyréotoxiques. Les seconds sont esentiellement polymorphes, pouvant aller de l'anxiété simple aux hallucinations et au délire. Pour ces auteurs, il n'y a indication opératoire que dans le premier des cas.

Sainton (2) dans plusieurs publications récentes insiste longuement sur le caractère très limité des psychoses vraiment thyroïdiennes. Il estime que « c'est l'individu, beaucoup plus que la thyroïde, qui fait la psychose », et il conseille de fouiller très attentivement les antécédents psychiques, personnels et familiaux, du malade. Cette position est d'ailleurs celle de la majorité des auteurs américains, tels Crile, Johnson, Cecil Joll, ou Camp. Tous sont d'avis que l'intervention doit être réservée aux Basedowiens simples, ou à ceux qui s'accompagnent de troubles mentaux directement imputables à l'hyperthyroïdie.

Par contre, Cossa et Sassi (3) décrivent des formes psychiques

(1) Welti, Baruk et Mathey. — Diagnostic des troubles psychiques basedowiens et des faux syndromes mentaux d'apparence thyroïdienne. Importance du problème au point de vue chirurgical. *Presse médicale*, 29 juin 1938.

(2) Sainton. — Les psychoses des thyroïdiens. *Semaine des Hôpitaux*, 1er juillet 1937.

(3) Cossa et Sassi. — Les formes psychiques pures, prévalentes de l'hyperthyroïdie. *Presse Médicale*, 30 mars 1938.

pures, prévalentes, de l'hyperthyroïdie et les classent en deux groupes : 1° le groupe des états mal définis, et sans grande gravité, où les troubles caractériels jouent le plus grand rôle, et auquel répond la majorité (75 %) des malades ; 2° le groupe des psychopathies franchement caractérisées, beaucoup moins important. Dans les deux cas les auteurs conseillent l'intervention. Toutefois ils reconnaissent que c'est à la 2e catégorie qu'appartiennent la plupart des échecs, même lorsque le métabolisme basal est nettement élevé (+ de 30 %).

Enfin, il faut noter qu'assez souvent l'opération a pu déclencher une aggravation du syndrome mental préexistant, ou même entraîner de véritables psychoses post-opératoires (1), sans doute parce que la majorité des psychopathes s'accommodent mieux de l'hyper que de l'hypothyroïdie. Pour se prémunir contre cette éventualité Welti conseille de faire, chez les malades suspects au point de vue mental, des thyroïdectomies moins larges.

De cet ensemble de faits se dégage l'intérêt de bien préciser, comme l'a signalé l'un de nous, à plusieurs reprises (2), l'existence de rapports de causalité ou de simple coïncidence entre des troubles mentaux et l'hyperthyroïdie. Il semble qu'il n'y ait rapport de causalité que dans le cas où les troubles mentaux sont à minima pour des troubles endocriniens à maxima. Au contraire, chaque fois qu'il existe, même au cours d'un syndrome de Basedow net, comme celui de notre malade, des tendances psychopathiques franches, en particulier du type paranoïaque, il convient d'observer la plus grande prudence. Ces malades, à la fois hypocondriaques et revendicateurs, ne sont en effet guère améliorés, dans la majorité des cas, par l'intervention qu'ils reprochent ensuite à leurs médecins et chirurgiens.

La malade, que nous présentons, au contraire, est reconnaissante à son chirurgien de la thyroïdectomie qui l'a guérie. Elle reste néanmoins une démonstration typique de l'indépendance entre la maladie de Basedow et des troubles complexes comme une psychose interprétative. La première est guérie,depuis 4 ans, le délire au contraire poursuit actuellement son évolution normale.

(1) Welti. — Indication des différentes techniques de la thyroïdectomie. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1937, n° 34.

— Lian, Welti et Faguet. — Suites opératoires dans 9 cas de thyroïdectomie. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 10 février 1937, n° 5.

— Sainton. — Communication à la Société d'Endocrinologie d'avril 1941.

(2) Laignel-Lavastine. — Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne. *Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française*, Dijon, 1908.

Déviation paranoïaque d'un mysticisme subnormal, par MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Francheteau (*Présentation de la malade*).

La malade, que nous présentons, a été internée cause de son comportement évidemment très anormal. Ce qui nous a frappé le plus c'est que cette manière d'être si inhabituelle était sous-entendue par une interprétation simplement excessive des formules habituelles du mysticisme catholique.

Observation. — Cette malade, âgée de 28 ans, a eu une instruction rudimentaire. Elle n'a été à l'école que de 11 à 12 ans. Elle sait cependant lire, écrire et faire les calculs simples. Son instruction religieuse fut banale : elle a été au catéchisme et a fait sa communion solennelle.

Jusqu'en 1938 elle a vécu avec sa mère, qui était brocheuse et qu'elle aidait dans son travail. Elles étaient toutes deux au chômage depuis 1937. En 1938 est survenu le décès de sa mère, décès dont elle fut profondément affectée. C'est à partir de ce moment que semblent être apparues les idées délirantes actuelles. Alors qu'elle se trouvait à l'église elle a reçu, dit-elle, le Saint-Esprit. « J'ai senti, comme je priais, un vent qui m'enveloppait. J'ai demandé à Dieu de venir à mon aide. J'ai éprouvé alors un bien surnaturel, une paix supérieure à celle de la terre. » « La nuit j'ai été réveillée par une douceur... c'était comme une douceur de printemps... J'ai compris que c'était la Sainte Vierge. J'ai su alors que je devais réaliser la perfection dans la vertu en suivant les principes de l'Eglise. » Dès lors, elle a vécu dans le dénuement ; elle ne touchait que les secours de chômage. Elle habitait dans un hôtel sordide, dans une chambre d'une saleté repoussante où elle laissait, dit l'hôtelière, pourrir des ordures. Elle ne faisait jamais son lit et disposait des planches sur le matelas afin de le rendre plus inconfortable. Elle vivait absolument seule, ne recevant que de très rares visites de son frère. Elle ne parlait à personne, ne travaillait pas et faisait sans cesse le va-et-vient entre sa chambre et l'église. Dans sa chambre elle avait dressé un petit autel à la Sainte Vierge, devant lequel on la trouvait souvent à genoux. Elle ne mangeait presque rien et a maigri de façon considérable.

Le 18 juin 1941, elle fut prise, nous dit-elle, de la tentation de boire. Comme elle n'avait pas d'argent, elle s'en procura en mendiant à la porte d'une église, ce qui entraîna son arrestation. Elle fut envoyée à l'Asile de Nanterre où la bizarrerie de son comportement fit décider de son envoi à l'Infirmerie Spéciale.

Elle est arrivée dans notre service le 20 juin 1941. Cette malade se présente avec un air sombre, renfermé. Elle reste debout, immobile, presque toute la journée, silencieuse, semblant absorbée par ses pen-

sées. Elle est souvent opposante. Elle ne parle que si on l'interroge et encore bien souvent faudra-t-il insister pour obtenir une brève réponse. Son orientation est correcte dans l'espace et d'ailleurs aussi dans le temps, malgré une réponse dont l'imprécision n'est due qu'au désintérêt et à la mauvaise volonté : « On est en 1940... peut-être 1941, je ne sais pas, je ne lisais pas les journaux... d'ailleurs ça n'a pas d'importance... ».

Elle affiche un dédain absolu pour tout ce qui est matériel : une seule chose compte, dit-elle, c'est le salut de mon âme. Le corps n'est qu'une carcasse qui ne vaut pas que l'on s'occupe d'elle. » Partant de cette idée exclusive, de ce véritable postulat, elle explique tout son comportement : Si elle ne parle pas c'est qu'on ne doit pas se laisser distraire par des pensées profanes. Son ton agressif à l'égard de ceux qui lui adressent la parole tient à ce qu'ils la distraient de ses prières. Ici on lui fait perdre son temps, elle ne peut aller à l'église accomplir ses devoirs religieux comme elle le voudrait, et c'est la raison qui la fait protester contre son internement.

Pour être sauvé il faut négliger le corps et faire pénitence : aussi elle s'astreint à rester debout, proteste quand on veut la faire coucher ou la faire manger. Il a même fallu l'alimenter une fois à la sonde. C'est qu'elle pousse à l'extrême l'idée de pénitence : « Un chrétien ne doit pas avoir peur de la mort », « il faut donc pratiquer aussi complètement que possible la mortification ». « Je sais bien que j'ai fait une faute ». Cette idée de la faute commise, de cette mendicité pour boire ne cesse de la hanter. C'est surtout pour la réparer qu'elle doit, dit-elle, faire pénitence. A notre sens une racine beaucoup plus profonde de ce besoin de souffrir doit être cherchée dans l'origine même de cette malade. On peut admettre, en effet, avec une grande vraisemblance, qu'elle souffre, sans se l'avouer, de sa situation d'enfant naturelle. Elle s'offrirait en sacrifice dans un but de purification.

Son désintérêt sexuel est absolu. Elle ne s'est jamais intéressée aux amitiés masculines, n'a jamais eu d'aventures. « Quand on s'est donnée à Dieu, dit-elle, on ne pense même pas à ces choses là. Il y a des gens qui ne pensent qu'au sexe ; comment pourraient-elles s'occuper de leur âme ? »

Elle ne présente aucun phénomène hallucinatoire : pas de voix, pas de visions... Peut-on, en effet, appeler hallucinations les phénomènes qu'elle a éprouvés aussitôt après la mort de sa mère et ceux qu'elle nous décrits quand elle nous dit : « Dieu me parle par inspiration, quand je suis en état de grâce... ma voie se trouve tracée » ; « quand je demande à Dieu de venir à mon aide, je sens un bien surnaturel » ? Comme nous le montrerons plus loin, nous ne le pensons pas.

Enfin nous noterons que cette malade n'a pas d'affaiblissement intellectuel et qu'elle ne présente aucun trouble du cours de la pensée. Celle-ci est, au contraire, précise, d'une logique absolument rigide.

Du point de vue physique, la malade a une morphologie un peu particulière. On note le front aux bosses saillantes, l'implantation

basse des cheveux. Une ptose considérable des seins et de la paroi abdominale témoigne d'un amaigrissement important. L'examen n'a décelé aucun trouble neurologique. Les appareils digestif, respiratoire, cardiaque sont absolument normaux. Au point de vue endocrinien cette malade n'a pas actuellement de troubles des règles. Mais on note une hypertrichose labio-mentonnière. Signalons enfin une pigmentation lenticulaire cutanée particulièrement au niveau de la face.

Dans ses antécédents nous ne relevons aucune maladie grave. Mais elle a eu un arrêt des règles, qui a duré deux ans, après la mort de sa mère. Son père — rappelons qu'elle est fille naturelle — a été tué à la guerre de 1914. Sa mère est décédée d'un cancer utérin voilà 3 ans. Une sœur aînée est morte à la suite d'un accouchement. Son frère est alcoolique et tuberculeux. Il est peut-être décédé récemment.

Le problème posé par cette malade est avant tout un problème diagnostique.

Il nous semble facile d'éliminer les délires à thème mystique de la schizophrénie au début. Comme nous l'avons montré, toutes les bizarreries de comportement, l'inadaptation, le caractère en apparence autistique et la vie de cette malade trouvent dans ses conceptions religieuses une explication strictement logique. D'ailleurs il n'y a pas d'effraction de la personnalité, de dislocation du moi, de syndrome d'influence ni d'automatisme mental au sens vrai du terme, ni même d'apragmatisme à proprement parler. La vie de cette malade a un sens extrêmement précis.

Il n'y a pas, à vrai dire, de phénomènes hallucinatoires. Nous faisons allusion aux phénomènes de la période féconde de l'établissement du délire, au souffle dont la malade a été enveloppée à l'Eglise, à la sensation ineffable qu'elle ressentit une nuit. A aucun moment il n'y eut de formulation, ni intérieure, ni extérieure et de même quand la malade dit que Dieu la conseille il ne s'agit jamais que d'une inspiration proprement intuitive. Il y a là des phénomènes de conscience, dont le mécanisme est d'ailleurs assez obscur. Très vraisemblablement s'agit-il avant tout de faits d'intuition. La malade nous met elle-même sur la voie de cette interprétation. Si nous lui demandons, par exemple, si le vent était un vent comme les autres, elle répond aussitôt : « Vous ne pouvez pas comprendre, c'est quelque chose d'indéfinissable que l'on sent avec l'âme bien plus qu'avec le corps. »

Ce sont ces phénomènes que sainte Thérèse tenait tant à distinguer des hallucinations sensorielles et que Quercy appelle les « Hallucinations Thérésiennes ». Il les caractérise par leur suavité, leur ineffabilité, leur caractère distinctif de toutes nos réac-

tions vis-à-vis des créatures et la certitude immédiate qu'elles entraînent : c'est Dieu qui se révèle. Voici comment Jean de St-Thomas les décrit : « Ainsi sentons-nous Dieu, âme de notre âme, d'une intuition immédiate mais absolument obscure, à travers les ineffables états que pénètre son intime présence. »

Il ne s'agit pas plus d'une psychose interprétative que d'un processus schizophrénique. Nous n'insisterons pas sur ce point. Il n'y a ici ni les interprétations multiples en réseau, ni les interférences indéfinies du drame paranoïaque. Tout est centré autour d'un postulat pour ainsi dire fondamental, ou plutôt, pour reprendre l'expression de l'un de nous, d'une « Invention paranoïaque » qui est elle-même issue de cette certitude intuitive, qui nous a paru essentielle. Elle peut s'exprimer ainsi : « Le corps n'est rien, l'âme est tout. » Et c'est là le côté logique de ce délire, dont nous croyons avoir montré suffisamment l'aspect intuitif. En effet, par voie de conséquence le postulat que nous venons de citer, explique toute la conduite de la malade.

Si on devait la classer dans un groupe nosologique, ce serait dans celui des « passionnels ». Elle a la sthénie, la rigidité logique excessive à partir d'une idée fondamentale, la fermeté volitionnelle et « l'entêtement », ou mieux cette absence de prudence et de tempérance qui sont les caractéristiques de ces malades. C'est par ces données caractérielles paranoïaques qu'elle se différencie des idéalistes passionnés de la foi et de la religion de Dide et Guiraud qui sont... « doux, infiniment bons, timides et modestes ». D'ailleurs ces derniers ne sont pas des malades et les auteurs ont bien insisté sur ce point.

Notre malade a, peut-être par intervalles, des accès de dépression qui masquent sa rigidité foncière. Cette dépression peut avoir une part dans la teinte par instants auto-accusatrice de ce délire.

Ce qui nous a paru intéressant chez elle, c'est que, partant de phénomènes fondamentaux analogues à ceux qui ont été éprouvés par les mystiques non pathologiques, elle en dévie le sens à cause de la fausseté et de la rigidité de son jugement paranoïaque. Et ainsi cette forme pathologique de mysticisme s'oppose à la foi si féconde des grands saints, dont sainte Thérèse d'Avila est un des exemples les plus frappants.

M. Achille Delmas. — Ne croyez-vous pas que cette malade a plutôt présenté un état d'intuition de nature hypomaniaque ? J'en ferais volontiers un état cyclothymique avec petites bouffées et je porterais chez elle un bon pronostic. En tout cas beaucoup de ces effusions de thème inspiré doivent faire penser à un état hypomaniaque.

Délire de rêverie fantastique chez un ancien alcoolique,

par Mlle J. Lacassagne, MM. Paul Neveu et Lucien Bonnafé.
(Service spécial des alcooliques de Ville-Evrard) (1).

Le malade que nous présentons a été suivi par nous pendant cinq ans et l'évolution de l'affection ainsi que la richesse des symptômes nous ont paru présenter un certain intérêt pour l'étude clinique des délires chroniques secondaires à l'alcoolisme mental. Il s'agit d'un délire dont la forme évoque les délires de rêverie décrits par MM. Heuyer et Borel et où l'on retrouve l'influence de certaines périodes, « moments féconds », qui représentent des formes plus ou moins dégradées du rêve et de la rêverie.

Observation. — Paul T..., âgé de 43 ans, se présente actuellement avec une mise correcte, une certaine réserve dans le maintien. Il est peu communicatif, et, quoique bon travailleur, il se tient toujours à l'écart de ses camarades. Lorsqu'il est mis en confiance, il expose un délire extrêmement riche, d'aspect archaïque, à thème mystique, de persécution et de grandeur.

On note dans les antécédents héréditaires l'alcoolisme du père, dans les antécédents personnels un traumatisme cranien à l'âge de 3 ans, des convulsions dans l'enfance, une commotion de guerre en 1917, suivie d'une captivité pénible au cours de laquelle il aurait contracté le typhus et le paludisme.

Depuis plusieurs années, il présentait des troubles mal définis : asthénie, dyspepsie, attribués au saturnisme en raison de sa profession de typographe. En fait, il faisait, depuis longtemps, des excès de boisson : un litre de vin rouge aux repas, quelques « canons » dans la journée, en dernier lieu il prenait régulièrement des apéritifs anisés.

L'alcoolisme chronique se manifeste d'abord par des troubles de l'humeur et du caractère. Il était triste, déprimé, hypocondriaque, asthénique, s'interrompant de travailler. Par moments, il devenait inquiet, irritable, surexcité, avec des idées diffuses de persécution et de jalousie. La nuit, il réveillait sa femme, l'insultait et interpellait les voisins, paraissant avoir des « visions ». En même temps que cet onirisme épisodique, on note une baisse de sa valeur professionnelle : d'abord contremaître typographe, il ne peut plus travailler et finit par se résoudre à aider sa femme dans un petit commerce forain. Ses troubles s'aggravent progressivement. Sa femme le conduit en juillet 1936 à l'hôpital Saint-Antoine où le Dr Pagniez l'interne avec le cer-

(1) Nous remercions M. le docteur Dublineau de nous avoir permis de présenter ce malade ainsi que le suivant dont les observations ont été recueillies alors que l'un de nous assurait son remplacement.

tificat suivant : « Etat confusionnel d'origine éthylique avec idées « délirantes (on va lui mettre 12 balles dans la peau, l'arrêter, etc...) « et hallucinations auditives. L'épisode actuel, qui ne date que de « quelques jours, n'est, d'après les renseignements de l'entourage, que « l'exagération d'un état subdélirant continu avec menaces, violen- « ces, etc... ».

A l'admission, le Dr Courbon note : « Confusion mentale en régres- « sion sur fond d'alcoolisme chronique. Couperose du visage, trem- « blement de la langue... ».

Transféré le 6 août 1936 au service spécial, il présente à son entrée un certain état d'obnubilation accompagné d'hallucinations auditives, voix calomniatrices. Assez rapidement, il semble évoluer vers la guérison, n'énonce plus d'idées délirantes. Il admet avoir bu avec excès, mais l'orientation est imparfaite, une certaine dysmnésie persiste, en particulier il y a amnésie de l'épisode onirique.

Au début du mois de décembre suivant, il apparaît déprimé, puis de plus en plus anxieux, refusant toute nourriture, et l'on doit recourir à l'alimentation artificielle à laquelle il s'oppose très énergiquement. Il est anxieux, agité, conservant un semi-mutisme sthénique. Il semble présenter un certain degré de confusion avec état oniroïde. Des hallucinations auditives, il l'avouera plus tard, énoncent des prohibitions et des menaces : c'est N.S. Jésus-Christ qui lui parle, il doit observer un jeûne intégral, l'alimentation est une souillure et un crime contre la nature des êtres et des choses qui sont tous doués de sensibilité. Il est menacé de l'enfer, c'est « l'attirance du radium ». Il est terrorisé par les morts qui ne sont que des enterrés vivants qui continuent de souffrir et de se plaindre. Puis, ces troubles s'amendent, mais il demeure figé et indifférent. Cependant, le 8 avril, il présente un épisode polynévritique avec dérobement des jambes, réflexes très diminués..., etc..., qui cède à la vitaminothérapie.

Considéré comme guéri, au mois de septembre 1937, il est question de le mettre en liberté. Mais sa femme révèle alors qu'il dissimulait soigneusement un délire. Alors que les lettres qui étaient contrôlées ne présentaient aucune anomalie, celles qu'il lui remettait directement lors des visites exprimaient un délire très important. Nous ne pouvons citer que de courts extraits de ces écrits, on y voit l'étendue du délire, les principaux complexes qui conditionnent le thème. C'est l'expression d'une fabulation fantastique fondée sur les souvenirs d'états oniroïdes avec hallucinations auditives, sur des rêveries sans fin à thèmes cosmogoniques, mystiques, sur des interprétations de la valeur cabalistique des phonèmes conduisant le malade à des jeux syllabiques explicatifs. Elle est fondée enfin sur une conviction délirante profonde, sur le sentiment d'un pouvoir de compréhension illimité, la rêverie ayant la valeur d'une révélation.

La lettre du 1er août exprime les principaux éléments du thème de persécution, leur caractère fantastique par « radiumisation », l'interdiction d'un contact avec ce qui est humain, prohibition qui

devient, par interversion, l'ordre, repoussé avec horreur, d'épouser une autre femme, où s'exprime l'ambivalence : « Voici les change-« ments opérés par Maurice Kir, de la maison de Montreuil au-dessus « de chez Chalot où il se radiumise en passant par la rue des Pyré-« nées où il remise devient M. Maurice de nos coupons en face ta « place ma chérie... Il devient en forçant le radium Maurice Berge-« ron... Ils veulent te radiumiser à Montreuil à l'endroit visité « n'accepte même ni un gâteau de chair humaine ni café qu'ils pour-« raient radiumiser... Ils m'avaient proposé la vie sauve si je voulais « épouser Yvonne, comme je t'adore j'ai tout refusé préférant la « mort la plus affreuse pendant des milliers d'années à souffrir plu-« tôt que d'accepter... » Puis il fait une énumération nominale de ses ennemis selon un rythme de litanie, le nom étant suivi de pseudonymes et de qualificatifs indiquant leur rôle malfaisant.

La lettre du 2 septembre traduit surtout le thème de jalousie : « Il te faut absolument être accompagnée... Car seule tu es un peu « livrée... tu es jeune et jolie et tu ne sais le drame qu'il pourrait « arriver, la colère de Monseigneur Jésus-Christ serait immense... « sois accompagnée je t'en conjure car tu finirais internée... nul autre « homme ou femme même docteur n'a le droit de te toucher, ne serre « la main à aucun étranger, même ami ou incline la tête. Ainsi « soit-il. »

La lettre du 28 octobre expose un système métaphysique rudimentaire reposant sur des jeux verbaux, des cascades de calembours. Sur la base de la valeur phonétique du mot elle révèle des idées mystiques de filiation divine et d'éternité. Le nom du malade est une pièce maîtresse des constructions syllabiques. Nous citerons un exemple de genèse d'un prénom d'un membre ancien de sa famille (origine d'un nom antique) : « Pendant que le père Temps décédait il se formait « dans le gras une autre âme sœur que par sa volonté il attirait, car « seul dans l'Univers, il s'ennuyait en faisant « Mimi hi hi » (Mimi-« jolie) devenue Mimicheline... » Citons également : « Eternel et « Eternité eurent un enfant par pure amitié en restant des années « assis à côté l'un de l'autre, et comme il avait l'*air* de rire en faisant « Hi » ils le prénommèrent Hilaire, et comme il n'avait que l'amitié « ou la peau ils le prénommèrent Paul... » On y trouve également exprimée l'idée d'avoir été mangé ou « gobé » dans une vie antérieure qui diffusera ultérieurement dans les vastes conceptions délirantes.

La lettre du 9 février 1938 témoigne d'une recherche remarquable dans le rythme de la phrase cependant que le contenu idéique devient de plus en plus flou et incohérent : « Sache que lorsque je fus mangé « après être redevenu l'enfant de Berthe et Charles Minet, alors Adam « et Eve (rêve et attends) qui étaient mon gras et mon léger, tu « laissas ton gras (Paul de la Ramée) et ton léger (Mimi qui pleurait « en faisant mi-mi) tant la chaleur était grande dans le trou (main-« tenant soleil) où celui qui m'avait mangé s'était enfoncé en rou-« lant, cette chaleur n'était que ma douleur...

« ...Tes mains sont encore empreintes de douleurs, elles sont, « sois-en sûre, les plus belles, tes jambes brûlèrent jusqu'au-dessus « du genou et formèrent comme des bottes...

« ...Madame la Lune se tourne lorsque le côté de sa figure la brûle « de trop, c'est là qu'on en voit un quart, la moitié, etc... Elle t'entend « comme le soleil m'entend, on nous a coupé les cheveux sous « Chilpéric et Clodomir, mais ils n'ont coupé que le gras...

« ...Je continuerai la semaine prochaine, je te le jure sur la tête de « Mimi, tu es la Vierge Marie et ton mari Jésus-Christ, notre fille « Marie Stuart et la Lune Rousse. »

Actuellement, cinq ans après l'épisode initial, le délire paraît s'être fixé. Il existe encore quelques hallucinations auditives épisodiques, mais surtout le malade semble utiliser, outre les reliquats oniriques, une rêverie continuelle. Cette rêverie intérieure, dont il ne fait part qu'au médecin qui a sa confiance, a pour objet les problèmes métaphysico-religieux de la création et de la nature du monde ainsi que des obligations morales qui en sont la conséquence.

En dehors d'un certain degré de désadaptation on ne trouve pas, chez ce malade, d'affaiblissement intellectuel. La mémoire est bonne, ainsi que l'attention, l'orientation est correcte, le jugement, en dehors de l'activité délirante, est demeuré très juste, la conscience des événements extérieurs est intacte malgré un certain désintérêt. L'affectivité paraît diminuée, en fait elle semble s'être reportée dans le délire.

Dans sa rêverie le malade montre un mode de pensée archaïque. L'analogie y joue un rôle important, ainsi que l'extension du concept. On y trouve en outre un sens du mystère qui guide des interprétations rappelant le mode illusionnel des paréidolies suscitées par des objets divers. Cet anthropomorphisme se manifeste nettement dans une carte du monde qu'il a dessinée et que nous présentons.

La valeur cabalistique des phonèmes traduit ici une forme du mode de raisonnement par assonances. Les mêmes syllabes ont une même signification, elles dérivent du patois de Seine-et-Marne. Par des combinaisons rappelant des calembours, elles permettent de tout comprendre. Dans tous les idiomes, les mots ont leur équivalent du fait du caractère universel des syllabes. Les manuscrits que nous présentons illustrent ces conceptions.

Le thème de ce délire est extrêmement extensif, nous essaierons seulement d'en schématiser la trame. Au commencement était le néant, c'est-à-dire la durée, pure de toute substance. Un « changement de temps » crée la douleur qui se substantialise sous la forme de Jésus-Christ ou du soleil, ce qui est la même chose et le premier « germe de chair humaine ». La douleur, qui correspond aux changements de temps, est le principe créateur. De Jésus-Christ naissent les hommes et la nature, la présence sur terre du Christ se manifeste pour la première fois en Seine-et-Marne (d'où le rôle dans le système phonétique, de la langue française et spécialement du patois de Seine-

et-Marne). L'homme et la nature procèdent d'une substance unique douée de deux aspects, l'épiderme (ou léger) et le gras, qui s'opposent comme le bien et le mal. Cette substance n'est autre que l'acide sulfurique. Les vivants peuvent être possédés par les morts qui ne sont pas seulement des esprits mais ont une réalité matérielle, on peut les voir flotter dans l'air en concentrant son attention. La forme humaine se manifeste partout, sur la forme des continents comme sur celle des nuages, sur les veines du bois, etc... La souffrance est commune à toute vie (à toute existence puisque tout vit) animale, végétale ou minérale. L'histoire officielle, religieuse ou laïque, ancienne et moderne, est truquée (histoire juive). La religion catholique est fabriquée, la religion protestante possède la vérité mais ne peut l'exprimer librement sous peine d'entraîner d'effroyables conflits. Au point de vue éthique, il convient de se livrer au jeûne afin de ne pas faire souffrir les êtres. Cependant, comme les médecins en font une obligation absolue, il prend des aliments, mais non sans restriction mentale.

Ajoutons enfin qu'au point de vue physique on ne trouve de notable que de petits signes d'insuffisance hépatique légère, des réflexes tendineux actuellement un peu vifs et des masses musculaires légèrement douloureuses à la pression. Le type morphologique est pycnique, avec quelques éléments asthéniques.

Sans vouloir soulever, dans cette simple présentation, de problème nosographique, nous insisterons sur quelques points intéressants :

1° Ce délire est consécutif à un alcoolisme avéré. Rappelons les antécédents de traumatisme crânien, de commotion et de paludisme probable, de saturnisme possible.

2° L'évolution des troubles s'est faite en plusieurs temps : un épisode confusionnel avec délire onirique qui guérit mal et auquel succède un deuxième épisode avec état oniroïde qui semble régresser. Une longue période entre les phases initiales et l'affirmation du délire chronique. Après un intervalle de réticence, où le malade semble méditer son délire, celui-ci est révélé et apparaît dans toute son étendue. A mesure que la pensée s'éloigne des modes logiques, elle gagne dans la forme, le rythme, ce qu'elle perd en clarté d'expression.

3° La rêverie joue ici un rôle prédominant. Elle envahit la conscience du sujet, l'absorbe. Elle dirige ses aspirations intimes, mais non sa conduite. Il faut rapprocher de ce rôle celui de l'onirisme initial, bien qu'il soit amnésique, et celui de l'état oniroïde et des rêves du malade. Il est intéressant de noter que l'aspect de fabulation s'est trouvé ici associé à une polynévrite.

4° Le caractère archaïque du délire signe un mode de pensée régressif qui voit son expression dans l'animisme, le sens du mystère, l'extension du concept, la valeur kabbalistique du signe et du langage.

Délire chronique succédant, après un intervalle libre, à l'alcoolisme subaigu, par Mlle J. Lacassagne et MM. Paul Neveu et Lucien Bonnafé (Service spécial des alcooliques de Ville-Evrard).

Le malade que nous présentons est un ancien alcoolique atteint de délire chronique secondaire. Son histoire nous semble illustrer particulièrement un mode d'évolution que nous avons eu assez souvent l'occasion d'observer chez les buveurs du service spécial de Ville-Evrard.

Observation. — Auguste B... est âgé de 43 ans, ses antécédents héréditaires ne montrent rien de notable. Il a eu une scolarité un peu retardée, mais on ne saurait, malgré un aspect un peu fruste, parler de débilité mentale. Dès l'âge de 16 ans, il exerce la profession de garçon de café, sans faire d'excès éthyliques notables, d'après ses déclarations. Mobilisé pendant la guerre de 1914-1918, il fut blessé à plusieurs reprises et atteint par les gaz de combat ; en outre, il fut commotionné et à demi enterré. Après la guerre, il reprend son ancien métier, se marie et a trois enfants bien portants. Au point de vue caractériel, les renseignements recueillis confirment qu'il était travailleur, assez casanier, jaloux, mais affectueux pour les siens.

Deux ans avant les troubles actuels, il change de métier et devient « marchand des quatre saisons ». C'est alors qu'il se met à boire davantage, entraîné par des camarades, surtout à l'occasion de ses achats aux halles, il boit, « pour se réchauffer », des apéritifs au goudron (2 à 4 par jour), deux ou trois cafés arrosés, plus quelques verres de vin blanc. Il ne perd aucune occasion d' « aller au bistrot avec la compagnie ». Ces habitudes d'alcoolisme social aboutissent à une intoxication chronique qui se traduit par des troubles hépatiques et les signes classiques d'imprégnation : vomissements bilieux le matin, anorexie par intermittences, insomnie et cauchemars habituels, rêves de guerre, de poursuite par des hommes armés, sensations de chute dans un gouffre, finalement onirisme et zoopsies.

Il aboutit ainsi à un premier épisode subaigu avec réactions pantophobiques. Un jour, il entend secouer la porte de l'appartement ; pris de peur, il s'arme d'un fusil et le décharge sur la porte. C'est alors qu'on l'interne pour la première fois le 17 février 1938. A l'asile, tout

rentre rapidement dans l'ordre, on le fait travailler, et, au bout de deux mois, il sort sur la demande de sa femme.

Mais (le malade nous l'a révélé depuis), dès ce moment, quelques jours avant la sortie, dans le délai des formalités administratives de mise en liberté, étaient apparues des idées délirantes de persécution accompagnées d'interprétations et peut-être d'illusions ou même d'hallucinations auditives. « Ils parlaient entre eux et puis ils me regardaient en même temps, ils parlaient de piqûres, disant que je ne sortirais pas... »

Après la sortie, il est victime des persécutions de ses voisins. Il les entend parler dans l'escalier : « Tiens, voilà le condamné qui est là..... La fille va se faire faire une indéfrisable et le père sera arrêté demain ». Ce sont des menaces, des réflexions désobligeantes, des accusations d'homosexualité parce qu'il s'occupe du ménage. Il entend distinctement des hommes, des femmes, des « commères ». Dans la rue, il se croit poursuivi et en éprouve une vive frayeur. Chez lui, il se sent épié, on commente ses actes et il n'ose plus sortir, craignant que les menaces proférées à son égard ne soient mises à exécution. Il se montre jaloux, interprétant les gestes et les propos de sa femme et de sa fille ; celle-ci ne dit-elle pas : « Si celui-là ne te plaît pas, tu en prendras un autre », ou bien « elle laisse tomber ses clefs pour dire : ils sont deux ». Il a en outre de vagues idées d'empoisonnement, il lui semble qu'on « assaisonne » ses repas, qu'il y a de la poudre dans ses aliments.

Dans une ambiance de panique croissante, il commet, le 24 mai, deux mois et demi après la sortie, *un acte grave qui amènera son deuxième internement :* il va acheter ses légumes aux halles avec sa femme, en revient seul pour les vendre, vers 10 heures du matin, il voit deux individus s'avancer vers lui et dire intelligiblement : « Il ne faut pas acheter à celui-là, car il n'est pas intéressant ». Bouleversé, se croyant traqué, il se sauve : « J'ai parti, j'ai couru, je suis allé voir un copain, nous avons bu un verre de saumur, peut-être plusieurs, puis je suis allé voir ma fille ». Il voulait lui faire ses adieux avant de mourir, car il pensait être condamné. Ne la trouvant pas, il prend un taxi et revient chez lui pour attendre sa femme, mais, comme elle n'est pas rentrée, il va l'attendre en buvant un apéritif. Il s'était armé d'un rasoir sous prétexte de le faire repasser parce qu'il était ébréché, mais en réalité parce qu'il avait le sentiment de courir un grand danger. Lorsque sa femme arrive, il perd conscience de ses actes : « J'ai vu, dit-il, une boule de feu, j'ai frappé, quand je suis revenu à moi, j'ai cru que c'était quelqu'un qui l'avait frappée. » Il avait l'impression d'être poussé par une force étrangère, il était dominé par la peur.

On le conduit à l'hôpital d'où il est dirigé sur l'hôpital Henri-Rousselle où il est interné le 7 juin avec le certificat suivant : « Alcoolisme chronique, déjà interné pour alcoolisme subaigu et « traité à l'Asile Clinique, sorti le 7 avril dernier, récidive immédiate.

« Idées secondaires de persécution. Interprétations, se croit insulté. « Onirisme. Obnubilation intellectuelle. Jalousie conjugale et impul- « sivité meurtrière « dans un moment d'égarement », ajoute-t-il. « Tentative d'égorgement de sa femme et de lui-même par rasoir. « Avait déjà tiré un coup de fusil dans la porte de son logement « avant l'internement de février 1938. Disparition des cauchemars, « mais persistance d'un état de dépression subanxieux... » (Dr Dupouy). A l'asile, le délire de persécution et de jalousie se poursuit avec de nouveaux éléments. Ses ennemis ont réussi à mettre dans leur complot un infirmier qu'il désigne et qui veut le supprimer pour « filer le parfait amour avec sa femme », il a même entraîné sa fille. Il construit un délire rétrospectif avec assassins à gages, poudres dans les aliments, signes conventionnels de sa femme aux ennemis.

Du 29 juillet au 8 août, le malade présente une réduction au moins apparente de son délire selon le mode de rectification des idées délirantes dans l'onirisme. Il déclare spontanément : « Je ne sais pas comment j'ai pu penser toutes ces bêtises, je croyais que c'était ma dernière journée, et alors, en me réveillant, le matin, j'ai vu que j'étais toujours là et que ce n'était pas vrai ». Pendant cette période, son comportement paraît normal, cependant on ne peut éliminer l'hypothèse d'une réticence s'appuyant sur le fait que le malade se plaint de sifflements d'oreilles. Mais, le 8 août, apparaît un état de subanxiété. Le malade vient se plaindre de ce qu'on ne le laisse pas voir sa femme et qu'il l'entend pleurer.

Après une longue période de réticence (de deux mois environ), où le malade admet toutefois entendre quelques murmures, un interrogatoire systématique et prolongé met en évidence *un délire de persécution remarquable par sa richesse et son polymorphisme.* Ce délire se traduit par une activité hallucinatoire intense, manifestée pendant l'examen, un automatisme mental avec prise de la pensée, impression de pensée devinée, idées de médiumnité, des impulsions verbales, enfin des représentations mentales visuelles qualifiées de « télévision ». Il est systématisé en un roman de persécutions, de rapts et d'attentats sexuels sur sa famille où cristallisent les tendances jalouses, maintenant niées formellement. Tout a été machiné pour le conduire à Ville-Evrard où il y a des souterrains, peut-être un enc.....drome, « c'est les gens en dessous », ils tiennent des propos très obscènes, le malade reproduit leurs expressions d'une extrême crudité. Sa femme, sa fille, son fils même sont victimes de déchaînements érotiques, il les entend crier, ils lui font connaître leurs sentiments : « Ma fille en rigole, mon fils aussi, mais ma femme en souffre ». Les représentations visuelles le font assister à ces scènes d'orgies et d'horreurs. Il a en outre des visions allégoriques de meurtre : « prendre un poignard et le mettre dans le cœur de quelqu'un ». On lui reproche des opinions politiques qu'il n'eut jamais, on lui fait voir son bulletin de vote falsifié. On le menace : « On vient de me

dire que ma place est dans la Marne et dans la Seine ». On veut le pousser à se jeter à l'eau ou à se donner un coup de rasoir.

Au cours de l'année 1939, ces thèmes s'effacent et il s'agit surtout de persécutions dirigées contre sa personne : « Piqûres prolongées dans la tête et le nez, piqûres très désobligeantes à l'anus ». Représentations visuelles, impressions d'objets truqués, phénomènes de transmission de pensée très actifs, préoccupations obscènes toujours vives, alimentent le délire. L'évolution est marquée par des phases de dépression accentuée ; peu à peu, le malade devient plus réticent, donne l'apparence d'une critique au moins partielle des troubles, mais toujours dénuée de fermeté.

Actuellement, il garde un aspect déprimé, triste, plaintif, mais il s'anime à l'interrogatoire. Il ne présente plus de stigmates somatiques de l'éthylisme ; d'ailleurs l'examen physique ne met pas en évidence d'autre particularité notable qu'un certain degré de présénilité et d'hypertension artérielle (18/10 au Vaquez).

Il est bien orienté, travailleur, se comportant normalement dans le service. L'orientation rétrospective est bonne dans l'ensemble, il est conscient de deux lacunes mnésiques correspondant aux deux épisodes subaigus, mais minimise ou nie la dysmnésie qui cerne ces deux moments. Il reconnaît les excès éthyliques mais en nie les effets pathologiques. Les troubles mentaux des phases paroxystiques reçoivent une explication délirante rétrospective. Il fournit en effet au premier abord une apparence de critique de ces épisodes, un interrogatoire plus poussé montre que la critique n'est qu'apparente, se trouvant intégrée dans le système délirant. D'abord confiant, il s'énerve peu à peu et devient réticent ; son témoignage est troublé par une inquiétude diffuse, notamment au sujet du rôle du médecin ; celui-ci, pense-t-il, pourrait bien être un instrument plus ou moins conscient de la volonté des persécuteurs.

Quoi qu'il en soit, on parvient à une notion relativement claire de la construction délirante actuelle : elle est centrée sur un système d'influence et d'action extérieure très riche, à mécanismes complexes: hallucinations auditives, cœnesthésiques, représentations visuelles, impressions de métamorphoses corporelles, d'emprise de la pensée et des actes. Les phénomènes sont imputés aux machines souterraines qui sont au service de l'organisation nommée « Radio-Cité ou Cité-Jardins ». Les « souterrains ou catacombes de l'ancien château » sont le domaine mystérieux des puissances maléfiques. Le « truc de Radio-Cité » est apparu au début du séjour à Ville-Evrard, ne s'est organisé que tardivement, lorsque le thème d'agression sexuelle s'est effacé. Actuellement, le délire est devenu plus diffluent, moins organisé, plus extensif. Les « tierces personnes » influencées également et agissant en connaissance de cause ou non pour les persécuteurs jouent un rôle de premier plan. L'extension des thèmes est illimitée. Peu à peu, tous les événements reçoivent une explication rétrospec-

tive, c'est ainsi que le drame initial est imputé à une action hypnotique. Il existe des « expressions-clefs » telles que « Radio-Cité-Cité-Jardins », « on me propulse », qui prennent une valeur de stéréotypies.

En somme, l'évolution du délire paraît bien témoigner d'une dissociation progressive ; les troubles intellectuels et affectifs restent peu marqués globalement.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° *Le rôle de l'alcool.* — Il s'agit indiscutablement d'un ancien alcoolique, encore imprégné fortement lorsque l'un de nous le vit pour la première fois dans le service. L'état actuel a succédé à des accidents subaigus. Il ne s'agit donc pas d'une psychose hallucinatoire « arrosée » mais d'une psychose hallucinatoire succédant à l'alcoolisme chronique. L'alcoolisme n'agit pas ici par effet direct, comparable à celui de l'intoxication aiguë, mais par un effet secondaire, éloigné, il s'agit en effet d'une intoxication chronique. Le délire onirique est la marque de la profondeur de cette intoxication, créatrice de lésions ou de dysfonctionnement qui permettent à un délire d'apparaître malgré un sevrage certain et total.

2° *L'évolution des troubles* revêt ici un type assez fréquemment observé par nous : le malade présente un ou plusieurs accès de délire aigu qui semblent guérir. Pendant plusieurs semaines, le malade est calme, fait des réponses pertinentes et semble parfaitement rectifier ses idées délirantes. Puis l'attention est attirée par une certaine bizarrerie d'attitude, une certaine inertie, un état de distraction ou mieux de perplexité. A ce moment, bien que le plus souvent le malade n'énonce pas d'idées délirantes, un interrogatoire met en évidence un délire chronique hallucinatoire, peu systématisé en général, mais déjà parfaitement constitué, et cliniquement bien distinct du délire onirique initial. Le délire chronique semble donc apparaître souvent après un « *intervalle libre* » qui le sépare du délire aigu primitif.

Chez notre malade, nous observons, après un délire onirique assez rapidement guéri, une première phase de latence, puis un délire où semblent prédominer l'anxiété et des phénomènes d'onirisme dégradé, surtout auditif, correspondant aux descriptions des états oniroïdes. Après le deuxième internement, on note à nouveau un « intervalle libre » avec apparence de guérison, jusqu'au jour où l'interrogatoire montre l'existence d'un délire chronique.

Celui-ci se distingue du délire aigu et par ses phénomènes délirants et par ses thèmes.

3° *La signification de l' « intervalle libre »* prête à discussion, on peut l'envisager comme une « éclipse », selon la conception de Legrain : c'est-à-dire comme une occultation du délire refoulé dans l'inconscient. On peut également admettre que la psychose secondaire ou post-onirique montre dans son évolution les réviviscences étudiées par M. Delmas. Enfin, on peut discuter l'existence de périodes de réticence favorisées par des phases de faible activité du délire.

Il nous semble bien que cet « intervalle libre » corresponde à un premier temps où les idées délirantes de l'onirisme sont rectifiées ; notre malade qui a cru être menacé de mort comprend un jour l'inanité de ces menaces. Mais, si l'idée en tant qu'élément intellectuel est repoussée, il semble que sa charge affective persiste dans l'inconscient. Le malade admet que ses idées étaient absurdes, mais il demeure vaguement inquiet, conservant un sentiment inexplicable d'insécurité. Dans une deuxième période se constitue le délire chronique. Son activité à ce moment est certainement faible et, en raison du défaut de systématisation comme peut-être d'une diminution du ton affectif, le malade se comporte comme un réticent. L'énonciation du délire n'est obtenue que par un interrogatoire minutieux.

En résumé, nous avons voulu attirer l'attention à propos de cette observation, sur l'existence, qui est loin d'être rare, de délires chroniques secondaires survenant chez des alcooliques après un « intervalle libre » et malgré un sevrage de plusieurs semaines. Mais ce délire, en raison de son peu d'activité ou de la réticence, permet au sujet, parfois pendant quelque temps, de mener une vie régulière, ainsi que le notaient Soukhanof et Wedensky dans leur description du délire continu. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ces malades, sous l'influence de nouveaux excès d'alcool et peut-être de variations de l'humeur, peuvent présenter des exacerbations, périodes de réviviscences, au cours desquelles ils sont susceptibles de devenir dangereux.

La séance est levée à midi.

Les secrétaires de séances,

P. CARRETTE et J. DUBLINEAU.

Séance du Lundi 28 Juillet 1941

Présidence : M. Achille DELMAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 23 juin et le procès-verbal de la séance du mercredi 9 juillet sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Alexandre SIZARET, qui pose sa candidature au titre de *membre correspondant national ;* une commission, composée de MM. H. BEAUDOUIN, DEMAY, rapporteur, et D. SANTENOISE, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 27 octobre 1941 ;

une lettre de M. le Dr WITOLD AUBRUN, qui pose sa candidature au titre de *membre correspondant national ;* une commission, composée de MM. BARBÉ, rapporteur, MAILLARD et VURPAS, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 27 octobre 1941.

Dates des prochaines séances

La *séance ordinaire d'octobre* est fixée au *lundi 27 octobre.*

En novembre, une *séance supplémentaire* réservée à des présentations cliniques et anatomo-pathologiques est prévue pour le *jeudi 13 novembre* à 10 heures à l'hôpital Henri-Rousselle ; *la séance ordinaire* aura lieu le lundi 24 novembre.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* de décembre auront lieu le *lundi 22 décembre 1941.*

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. P. CARRETTE, au nom d'une commission composée de MM. CARRETTE, POROT et D. SANTENOISE, il est procédé au vote :

Nombre de votants 21
Majorité absolue 11

A obtenu :

M. A. LAMARCHE 21 voix.

M. le Docteur André LAMARCHE (de Tunis) est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

Réunion de la Société suisse de Psychiatrie

M. René CHARPENTIER vient d'assister à la 95e Assemblée de la *Société suisse de psychiatrie,* qui a eu lieu les *14* et *15 juin 1941* à *Monthey* (*Valais*).

Il était le seul membre étranger présent à cette Réunion dont il donnera le compte rendu scientifique dans les *Annales Médico-psychologiques.*

Il fut l'objet des manifestations les plus vives de sympathie de la part de nos collègues suisses, qui le chargèrent de nous exprimer leur affection et leur confiance dans l'avenir de notre pays.

En réponse aux paroles de bienvenue qui lui furent adressées, M. René CHARPENTIER prononça une allocution dans laquelle il dit notamment :

.....

« Je remercie notre très distingué président, le Professeur Sieck, et le secrétaire de cette Réunion, mon excellent ami Repond, auxquels je dois la consolation de me trouver aujourd'hui parmi vous. Et je tiens à saisir cette occasion de vous exprimer l'affectueuse gratitude de mes compatriotes, de vous remercier de tout ce que la Suisse a fait pour nos réfugiés, pour nos internés, pour nos prisonniers et pour nos malheureux enfants. C'est dans le malheur que l'on connaît ses amis. Plus ils sont rares, plus ils sont chers.

Il n'est pas actuellement en France de foyer où ne soit béni le nom de la Suisse. Nombreux sont les petits Français qui déclarent maintenant avoir deux familles, l'une en France, l'autre en Suisse. Laissez-moi y voir le gage de l'avenir, gage de l'union toujours croissante de ce peuple de Suisse et de ce peuple de France qui ont tant d'aspirations communes. »

.....

N'ayant pu être chargé à temps de représenter la *Société Médico-psychologique*, M. René Charpentier ne put ainsi prendre la parole qu'en son nom personnel.

Nous vous proposons de le charger, à titre permanent, pour la durée des événements actuels, de représenter la Société dans les manifestations scientifiques auxquelles il lui serait loisible d'assister. Vous savez qu'il mettra toujours au service de la Société dont il fut président et secrétaire général, tout le dévouement et toute l'autorité dont il a fait preuve dans les fonctions qu'elle lui a confiées.

Et nous vous proposons également d'associer la Société à l'allocution prononcée à Monthey par M. René Charpentier, et de le charger de faire savoir au Professeur H. Steck, *président de la Société suisse de psychiatrie* et à nos collègues suisses combien nous sommes sensibles à l'expression de leur sympathie qui nous est d'un si précieux réconfort dans les heures douloureuses que nous traversons.

Les deux propositions sont adoptées, à mains levées, à l'unanimité des membres présents.

COMMUNICATIONS

Cardiazol et chloralose, par M. Maurice Hyvert.

Certains malades manifestent à la thérapeutique convulsivante par le cardiazol une opposition que seule peut vaincre la contrainte. Celle-ci n'est jamais employée sans répugnance et souvent demeure impossible. En outre, presque tous les malades, même les plus bienveillants, éprouvent à une certaine période de l'application thérapeutique une appréhension souvent très vive. Il n'est donc pas dénué d'intérêt de chercher à diminuer le plus possible cet inconvénient, assez grave pour avoir parfois entraîné l'abandon du traitement.

L'idéal est de mettre le sujet dans un état d'inconscience suffisant et suffisamment prolongé pour que les malaises qui entourent la crise ne laissent aucun souvenir dans son esprit.

I. *Choix d'un hypnotique.* — L'action du cardiazol est basilaire. Celle qu'il manifeste sur les centres respiratoire et vasomoteur est connue (1). Un travail récent d'Asuad tend à prouver que la région des centres convulsivants qu'il excite est située

(1) P. Lebeau et G. Courtois. — *Traité de pharmacie chimique.* Masson, 1938, t. II, p. 1115.

dans le tiers supérieur de la protubérance (1). Il faut donc éliminer tout hypnotique ou anesthésique basilaire, comme le gardénal, qu'on sait être un antagoniste du cardiazol. Parmi les hypnotiques centraux, le chloralose, très utilisé en physiologie et expérimenté par Baruk il y a quelques années, dans son association avec le bromhydrate de scopolamine, semble particulièrement indiqué, car, d'après Ch. Richet, « il engourdit l'action psychique et stimule l'action médullaire » (2).

L'expérience confirme ce choix. Le chloralose, même à dose forte, n'entrave pas la crise convulsive et souvent la favorise.

Les essais ont été poursuivis sur 48 malades avec un total de 412 crises convulsives. Les résultats sont si encourageants qu'ils nous incitent à n'employer que cette méthode. Ils renforcent en outre singulièrement les données de l'expérience, en apportant la preuve clinique de l'action basilaire du cardiazol.

II. *Technique.* — La dose optima de chloralose est de 50 cgr. mais on peut commencer par 30 cgr. et atteindre 80 cgr. sans inconvénient. Le cachet contenant le produit est donné de deux à trois heures avant l'injection de cardiazol, chez le malade à jeun. Quelques malades s'endorment au bout d'une demi-heure, d'autres au bout de deux heures seulement. Il n'y a rien de changé dans la pratique de la crise. Toutefois la fréquence de deux par semaine est souvent trop grande, par suite de l'apparition de petits épisodes confusionnels, d'influence heureuse sur l'évolution ultérieure du malade, mais qu'il convient de manier avec prudence.

III. *Résultats.* — Trois cas peuvent se présenter :

1° Le malade dort profondément. Il ne se réveille même pas au moment de l'injection, subit sa crise et continue à dormir. Le réveil se fait environ cinq heures après l'absorption du cachet et l'amnésie est totale.

2° Le malade dort légèrement. Il se réveille au moment de l'injection, mais la plupart du temps ne réagit pas à celle-ci. S'il y a réaction, elle est légère, inconsciente, et l'amnésie est encore la règle. Après la crise le malade peut dormir ou rester éveillé. Dans les deux cas il ne garde aucun souvenir pénible.

(1) Julio Asuad. — Contribution à l'étude de l'épilepsie expérimentale. *Presse médicale*, 18-21 décembre 1940.

(2) Cité par H. Baruk et Ch. Massaut. — Action physiologique expérimentale et clinique du scopochloralose. *Ann. Méd.-psych.*, novembre 1936, p. 702.

3° Le malade ne dort pas. S'il y a eu trop faible dose de chloralose, on se trouve dans les mêmes conditions que dans le cas d'absence d'hypnotique. Il convient donc de donner une dose plus forte. Si la dose est déjà assez élevée, l'obnubilation, en l'absence de sommeil, est en général assez prononcée pour que l'opposition, si elle existe, soit légère et inconsciente et pour que l'amnésie consécutive reste encore assez marquée.

Les malades ignorent pour la plupart qu'on leur a fait une piqûre. Ils n'en ont connaissance que par les traces qu'ils observent et par les renseignements qu'ils obtiennent. Ils acceptent facilement le traitement et le supportent sans appréhension.

IV. *Modifications apportées à la crise convulsive.* — L'association cardiazol-chloralose a certainement une action très complexe. Tout d'abord la crise s'obtient plus facilement. Par exemple chez un malade, où 80 cgr. de cardiazol sont nécessaires pour provoquer la crise, 50 suffiront pendant le sommeil chloralosique. A trois reprises une crise franche a été obtenue avec 20 cgr. seulement de cardiazol. Cette synergie fonctionnelle est d'autant plus curieuse qu'elle se manifeste encore, comme nous le verrons plus loin, lorsque les produits sont administrés à plusieurs jours de distance l'un de l'autre.

En outre la crise elle-même est un peu modifiée. La phase clonique se déroule à un rythme plus rapide. La période précritique est souvent allongée, surtout dans les secousses prémonitoires et les mouvements incoordonnés qui précèdent immédiatement la phase tonique. Ces secousses durent 15 à 20 secondes au lieu des 2 ou 3 secondes habituelles. Au rythme de deux crises par semaine, on assiste parfois à une installation de la crise « au ralenti ». Tous les phénomènes se produisent avec leur hiérarchie temporelle, mais se répartissent sur un temps beaucoup plus long. Les phases tonique et clonique sont ensuite sans changement. Il arrive, assez rarement d'ailleurs, qu'elles manquent et la période précritique peut s'allonger alors indéfiniment et durer jusqu'à plusieurs heures. L'inconscience est absolue et l'amnésie totale.

Faut-il voir dans ces faits le résultat d'une intoxication par le chloralose, ayant, par accumulation, une action paralysante sur les centres convulsivants ? Baruk signale une élimination assez lente et qui ne serait pas terminée au bout de trois jours. Toutefois cela ne cadre pas avec l'action favorisante habituelle, qui se produit même à des doses élevées.

V. *Action sur l'état du malade.* — L'action bienfaisante du

cardiazol sur le trouble fonctionnel n'est pas diminuée. Bien au contraire elle semble très souvent renforcée, particulièrement dans les cas non tout à fait récents, où les résultats sont habituellement hésitants et longs à obtenir. En outre, à plusieurs reprises, chez des malades anciens ayant plusieurs années d'internement, une amélioration considérable est survenue, lorsqu'il s'est produit des épisodes confusionnels, que nous avons dit être fréquents dans la pratique des injections bi-hebdomadaires. Ces épisodes ont cessé spontanément, lorsqu'on a interrompu le traitement ; mais les malades en sont sortis nettement améliorés. Plusieurs guérisons cliniques chez des malades anciens ont été ainsi obtenues. Il est toutefois trop tôt pour savoir quel parti il est possible de tirer de ces faits.

VI. *Incidents.* — Le seul incident, en dehors des épisodes confusionnels et de l'allongement indéfini de la phase précritique, consiste en secousses musculaires, qui se manifestent dès la prise du cachet de chloralose, chez certains malades antérieurement cardiazolés. Légères, elles intéressent les muscles de la face et des extrémités et deviennent plus fortes à l'occasion des mouvements volontaires, qui prennent alors un aspect choréique. Plus fortes, elles atteignent les segments de membres ou les membres entiers, donnant alors l'impression d'une agitation violente et incohérente. Les yeux sont ouverts, souvent révulsés, la salivation abondante et la respiration stertoreuse. La durée est fonction du début de l'apparition. Elle peut être de deux à cinq heures. L'inconscience est absolue et l'amnésie totale.

Ces secousses se sont quelquefois manifestées chez des malades qui n'avaient pas reçu de cardiazol depuis huit jours, comme si l'excitation des centres convulsivants durait après l'élimination du produit. D'autres fois, elles ont eu lieu après une injection de cardiazol à dose vertigineuse pratiquée pendant le sommeil chloralosique. On pouvait se demander si ces phénomènes n'étaient pas susceptibles d'être expliqués par la présence de parachloralose. Or, ils se sont produits exactement semblables avec de l'α chloralose chimiquement pur.

Enfin, et ce n'est peut-être pas le fait le moins intéressant, l'état mental de plusieurs malades a été très heureusement modifié à la suite de deux ou trois séances de ces secousses musculaires, sans qu'il ait été nécessaire de provoquer la crise convulsive. Peut-être y a-t-il là les éléments d'un moyen de traitement moins brutal que la thérapeutique convulsivante et qu'on pourrait réserver aux malades âgés et fatigués.

VII. *Conclusions.* — 1° Le chloralose, pris à la dose de 50 cgr., deux heures avant l'action du cardiazol, n'empêche pas la crise convulsive de se produire et met le malade dans un état de sommeil ou d'obnubilation suivie d'amnésie, qui lui permet d'accepter très facilement la thérapeutique convulsivante.

2° Cette association apporte la preuve clinique de l'action basilaire du cardiazol dans la production de la crise convulsive.

3° Il se crée entre les deux produits une synergie fonctionnelle, qui se manifeste soit dans une plus grande facilité d'obtention de la crise, soit dans l'apparition de secousses musculaires de longue durée avec le chloralose seul chez le malade antérieurement cardiazolé ou avec le chloralose associé à des doses faibles de cardiazol. Ces secousses musculaires ont une influence très heureuse sur l'évolution de l'état mental et elles peuvent être employées pour traiter les malades faibles ou âgés.

4° L'action sur le trouble fonctionnel est plus profonde que celle du cardiazol seul. Elle peut aller jusqu'à la création de petits épisodes confusionnels, d'influence heureuse sur l'évolution du malade.

5° L'action de l'association cardiazol-chloralose ne dispense pas des traitements étiologiques et de la psychothérapie indispensable après toute thérapeutique convulsivante.

M. Rayneau. — N'avez-vous jamais eu d'incident avec le chloralose ? Je l'avais employé il y a 25 ans chez des maniaques. Les résultats furent d'abord remarquables ; puis, brusquement, après une série heureuse de quelques mois, apparurent des accidents de type comateux : les sujets ne se réveillaient pas ; il fallait utiliser la respiration artificielle. Aussi ai-je cessé de m'en servir. Le pharmacien consulté crut devoir incriminer la connaissance imparfaite que l'on avait encore du produit. La dose utilisée était de 0 cgr. 50.

M. Janet. — Richet a décrit des accidents survenus avec le chloralose.

M. Ach. Delmas. — La dose hypnotique est de 0 cgr. 10 à 0 cgr. 20.

M. Picard. — M. Hyvert a parlé de synergie fonctionnelle du chloralose et du cardiazol, mais ne serait-ce pas seulement le sommeil dû au chloralose qui faciliterait la crise ? Il est en effet bien connu que le sommeil constitue une cause favorisante des crises.

M. Hyvert. — Ce que l'on peut dire, c'est que le chloralose provoque surtout une libération fonctionnelle. Il est indispensable d'utiliser un produit très pur, il semble bien, en effet, que les accidents soient dus au parachloralose qu'on en a rendu responsable.

Troubles graves du caractère déterminés par des émotions de guerre. Guérison rapide par le cardiazol, par MM. A. Brousseau et L. Laffon.

Au mois d'août 1940, l'un de nous fut prié d'examiner une jeune femme, âgée de 28 ans, qui depuis une dizaine de jours alarmait sa famille par un comportement tout à fait inhabituel.

Observation. — Elle s'accuse de faire de la peine à tout le monde et d'avoir commis quelque mal à propos duquel on ne peut obtenir aucune précision. Tout est perdu. Elle a mal « arrangé son affaire » ; elle est ruinée. Anxieuse, elle dort mal, et exprime à maintes reprises son impuissance à supporter de vivre davantage ainsi que son désir de la mort. Là-dessus, elle monte sur une table, une commode, et, puérilement, se laisse choir.

Son mari, artisan, dirigeait un petit atelier. Engagé volontaire, il était aux armées lorsqu'en juin 1940 sa femme participa à l'exode.

Née d'une mère très tendre et fort sensible, traitée jusqu'au delà du mariage comme une enfant très choyée, son frère, sa sœur, son père conviennent qu'elle fut toujours un peu gâtée. Considérée comme émotive et timide, elle était encore prompte, après 4 ans de mariage, à rechercher les cajoleries dans les jupes maternelles. Elle paraissait bien s'entendre avec son mari, travailleur, courageux, discret, compréhensif, et qui avait su concilier pacifiquement ses goûts et ses droits avec les habitudes affectives de sa femme et l'indiscrétion relative des intrusions de sa belle-mère.

Bien réglée, jamais enceinte, elle n'avait été atteinte d'aucune maladie grave. D'intelligence normale, elle avait suivi une scolarité suffisante et participait activement à la tenue de son intérieur ainsi qu'à l'exploitation de leur petite industrie.

Ni ses parents, ni ses collatéraux n'ont manifesté ni ne présentent de traits caractériels ou de dispositions morbides trahissant une hérédité psychopathique. Elle-même n'a jamais souffert de troubles mentaux. Son histoire personnelle ne comporte en particulier aucun épisode d'aspect maniaque ou dépressif pouvant être rapporté à une constitution cyclothymique.

Au cours de la seconde semaine de juin, elle subit les fatigues, les appréhensions et les terreurs communes aux réfugiés, bombardés ou

mitraillés sur les routes qui mènent vers le sud-ouest. Elle parvient, sans paraître plus gravement ébranlée que les autres, jusqu'à Royan. Peu après, elle apprend que des gens ont profité de l'abandon de l'atelier et emporté les machines qui constituent l'essentiel de leur avoir, indispensable au maintien et à la reprise de leur activité professionnelle. Elle perd le sommeil, revient à Paris dès qu'il lui est possible, dépose une plainte. La nuit, elle devient particulièrement anxieuse, s'agite, siffle, danse.

Le 2 août, les machines sont restituées. Sitôt après, elle paraît encore plus affectée, se plaint d'une fatigue extrême, passe une nuit blanche. Le lendemain, elle exprime des idées de suicide, se jette de son lit sur le plancher, fait mine de s'étrangler avec ses mains, avec une serviette, et de s'arracher la langue.

Le mari, démobilisé, rentre le 7 août, ses parents aussi. Son état paraît s'améliorer ; puis, disant ne plus réagir, elle s'abandonne aux plaintes, à l'expression de désespoir, à tout le déploiement gestuel d'ébauches de suicide plus théâtrales que réellement périlleuses. Le pouls est accéléré (92). La tension artérielle est de 10-6 au Pachon, l'indice oscillométrique est de 3, la langue est saburrale et dépouillée, les réflexes tendineux, ostéo-périostés, cutanés et pupillaires sont vifs.

Nous conseillons une surveillance continue et l'isolement dans un établissement spécialisé. Elle y est transportée dès le lendemain et s'y montre un peu difficile par ses lamentations, ses réactions enfantines d'opposition, son importunité à l'égard de ses voisines chez qui elle frappe sitôt qu'elle ne peut plus dormir. Un matin, elle passe de sa fenêtre, située au premier étage, sur un toit adjacent au sommet aigu, glisse, essaie de se rattraper, et tombe sur le sol, se faisant une fracture extra-capsulaire du col du fémur. Depuis, elle m'a toujours assuré que, ce faisant, elle avait l'intention de se suicider.

Sa famille, la voyant contrainte à une immobilisation forcée de trois semaines, la ramène chez elle. Les raisons de désespoir s'augmentent de la crainte d'une claudication définitive. De plus, les règles n'ont pas reparu depuis le 31 juillet. Le 28 octobre, on s'assure, par une réponse négative au test biologique de la grossesse, qu'elle n'est pas enceinte. Elle se plaint de n'être plus une femme et devient insupportable. Elle sonne cent fois le jour les personnes qui l'assistent, refuse ce qu'elle vient de demander, manifeste une grande aversion pour son mari, s'efforce de démonter les dispositifs de fortune improvisés contre toute défenestration, brise une vitre du poing, mobilise prématurément le membre fracturé, le prétend, contre toute évidence, raccourci. Bref, sa malignité inventive devient telle, qu'il faut la reconduire dans une autre maison de santé.

Au moment d'y entrer, une éruption morbilliforme venait d'apparaître, qui fit craindre une affection contagieuse, et elle fut dirigée sur l'hôpital Claude-Bernard.

On n'avait qu'à grand'peine accepté d'y recevoir en observation cette personne présumée aliénée. Chacun est surpris de la docilité et

de la bonne grâce dont elle fait preuve pendant tout son séjour. A peine l'a-t-on ramenée à la maison de santé, le 8 janvier, que tous les troubles caractériels reparaissent. Elle crie, boude, pleure, prend le contre-pied de tout, agace, contrarie ou brime ses compagnes, les empêche de dormir et s'en réjouit. En même temps, elle se dit irrémédiablement dépréciée et changée dans son corps et dans son esprit.

C'est alors qu'après avoir pris l'avis du docteur P. Schiff, et nous être assuré, au préalable, que rien dans la ponction lombaire ni l'examen du liquide céphalo-rachidien ne permettait de soupçonner les séquelles d'une encéphalite éventuellement méconnue, nous nous sommes résolus à tenter de rompre, par la cardiazolthérapie, ce complexe que caractérise, à notre sens, une régression affective.

Une première injection de 0,20 centigr. de cardiazol est pratiquée le 20 janvier 1941. Elle ne provoque ni crise convulsive, ni perte de connaissance, mais un bref état d'angoisse.

Une série de trois injections à la dose de 0,25 centigr. est pratiquée les 23, 27 et 30 janvier suivants sans provoquer autre chose que des cris, des pleurs et des réactions très brèves d'aspect onirique.

La malade s'agite, proteste, s'inquiète : « Où suis-je, qu'est-ce qu'on me fait ? » Elle manifeste une vive appréhension, et chaque fois ce n'est qu'avec beaucoup de difficultés que l'on a raison de sa résistance et de son opposition. L'état mental n'est en rien modifié.

La première crise convulsive est obtenue le 3 février avec une dose de 35 centigr. de cardiazol. Après une nouvelle dose de 35 centigr. administrée le 6 février, la transformation est immédiate et profonde.

Pour plus de sûreté, trois nouvelles injections de 35 centigr. sont pratiquées à trois jours d'intervalle sans le moinde incident. Désormais la malade se prête avec docilité au traitement dont elle reconnaît l'heureux résultat. Elle nous précise que c'est d'une manière presque subite, sitôt la deuxième injection convulsivante, qu'elle a perçu la disparition de ses troubles caractériels.

Dans un effort d'analyse, elle attribue toutes ses manifestations pathologiques à la jalousie que lui faisait éprouver la bonne santé des personnes qui l'assistaient, tant à la maison de santé que dans sa famille.

A l'oisiveté, l'incurie, la bouderie, la malignité, se substituent une activité et une sociabilité de bon aloi. Très vite la vie familiale redevient souhaitable et désirée. Le retour à des sentiments normaux se fait avec un léger décalage en ce qui concerne l'affectivité conjugale. La maladie sort guérie le 16 mars 1941.

Pendant les deux semaines qui suivent sa sortie, elle recherche avec un certain excès les plaisirs extérieurs qu'elle aimait. Puis elle se remet à travailler et à vivre de la façon la plus normale.

Les règles ont reparu, aidées peut-être par une série d'injections d'hormone gonadotrope. En mai, le poids était augmenté de deux

kilogs. Mme X... a repris entièrement sa place au foyer et à l'atelier. Son mari se plaît à dire qu'elle est mieux qu'elle n'a jamais été, et cependant le ménage a dû traverser de nouvelles et très sérieuses épreuves.

Ainsi, chez une jeune femme considérée comme émotive, entretenue par sa mère dans une certaine dépendance affective, mal accordée avec la condition conjugale présente, une sommation d'émotions de guerre (exode, bombardement, craintes fondées de ruine matérielle), a déterminé une altération profonde de la personnalité, à la fois caractérielle et instinctive, poussée jusqu'à courir le risque même de la mort.

Ce complexe de régression affective à la faveur duquel s'épanouissent, jusqu'aux limites extrêmes de l'insociabilité, des tendances innées, et cultivées dans le milieu familial, à la bouderie, au caprice, et au théâtralisme profitable, n'a été en rien influencé par les thérapeutiques traditionnelles. Il a cédé sur-le-champ et de façon durable à quelques convulsions cardiazoliques provoquées.

Il est vraisemblable que dans un certain nombre de cas de troubles caractériels et instinctifs liés aux émotions soudaines et violentes dont notre époque est si riche, nous pourrons utiliser avec fruit ces méthodes rapides qui nous apportent déjà pour l'amélioration ou la guérison d'autres syndromes plus graves, tant de secours.

Cette observation montre aussi, après bien d'autres, qu'il est vain d'espérer quelque effet curatif de l'anxiété et de l'angoisse mnésiques susceptibles d'être provoquées par des doses non convulsivantes. Si obscurs que soient les mécanismes mis en jeu et les remaniements opérés par les thérapeutiques de choc, ils ont un sens assurément plus profond que celui de réactions affectives sous la terreur d'une contre-suggestion armée.

M. Dublineau. — La question du traitement par choc des troubles du caractère a été évoquée pour l'enfant en 1939 devant la *Société de neuro-psychopathologie infantile*. M. Vermeylen a parlé à l'époque du traitement de certains de ces troubles par l'insuline. Nous-mêmes avons traité à l'Institut médico-pédagogique d'Armentières quelques anormaux caractériels de types divers avec la pyrétothérapie soufrée. Le traitement par choc des troubles du caractère doit tenir compte de la structure caractérielle du sujet. Dans les troubles de type instinctuel (impulsifs, épileptoïdes, etc.) dont l'un des aspects les plus fré-

quents est réalisé en psychiatrie d'adulte par l'intoxication alcoolique, il nous paraît contre-indiqué d'utiliser le cardiazol qui élève la tension artérielle. Il s'agit, en effet, de sujets présentant soit une certaine fragilité vasculaire, soit une tendance constitutionnelle ou acquise à l'hypertension artérielle.

M. Ceillier. — J'aurais aimé pour cette malade un diagnostic plus précis, n'est-ce pas simplement une hystérique qui a cédé à une sorte de torpillage ?

M. Brissot. — C'est également le diagnostic de pithiatisme auquel je m'arrêterais ici.

M. Daumézon. — M. Brousseau pense-t-il que le cardiazol joue un rôle dans la prise de conscience ? Chez une démente précoce j'ai obtenu avec ce traitement l'exhumation de traumas affectifs graves et ceci coïncida avec l'amélioration.

M. Barbé. — Ne peut-on pas simplement penser que cette jeune personne a voulu ennuyer son entourage et n'a cessé que lorsqu'avec les injections de cardiazol elle a vu que ce n'était plus le moment de jouer la comédie.

M. Ach. Delmas. — Je crois, à propos de la communication de M. Brousseau devoir dire que cette expression « troubles du caractère », si souvent employée actuellement, est fâcheuse ou insuffisante. On l'utilise chez l'enfant ou l'adolescent pour désigner des réactions anormales, ces troubles sont d'ailleurs plus nets chez l'enfant. Pourtant la psychiatrie des enfants ne diffère pas de celle des adultes. Il me semble qu'avec les constitutions psychopathiques telles que nous les connaissons, on peut trouver des cadres qui permettent de classer ces « troubles du caractère ». Personnellement je n'éprouve pas de difficultés à placer les enfants que j'examine dans l'un de ces cadres uniques ou associés : cyclothymie, paranoïa, etc...

Pour ce qui est de cette malade, M. Brousseau assure qu'elle n'a rien de cyclothymique. Or, j'ai relevé chez elle des éléments d'anxiété, d'irritabilité et un peu de perversion. J'en ferai volontiers une mélancolique post-émotionnelle avec agitation anxieuse, sur un fond coloré d'éléments pervers.

M. Dublineau. — M. Delmas élargit ici le problème des troubles du caractère ; il serait trop long de reprendre la question dans son ensemble, mais je crois que M. Brousseau a raison de

ne pas avoir approfondi davantage son diagnostic. Ce qui est intéressant d'abord, dans les cas comme le sien, ce n'est pas tellement le diagnostic précis — qu'il est toujours temps d'approfondir par la suite — que la détermination de la structure caractérielle de base : structure émotionnelle, structure instinctuelle, ainsi que nous avons eu l'occasion de les décrire antérieurement. Ici il s'agit d'un sujet du type émotionnel.

M. Ach. Delmas. — Le cadre des constitutions me paraît suffisant pour expliquer et classer les troubles du caractère. La division que propose M. Dublineau me semble trop générale et contestable.

M. Brousseau. — MM. Ceillier et Minkowski voudraient un diagnostic plus précis. Ce dernier serait incliné à penser qu'il s'agit dans ce cas de pithiatisme. Mais on ne voit précisément pas que la guérison ait été obtenue par des procédés de persuasion, même énergique. L'angoisse qui suivit les injections de cardiazol non convulsivantes me paraît beaucoup plus près des effets du « torpillage » et cependant elle fut entièrement inefficace. Peut-on considérer qu'il n'y ait qu'une différence de degré et non de nature entre celle-ci et la crise épileptique provoquée, dont l'amnésie constante, légèrement rétrograde, joue beaucoup moins sur une suggestibilité éventuelle que sur des mécanismes biologiques bien plus profonds. Dans ce cas, la peur des injections de cardiazol, évoquée par M. Barbé, n'entre plus en ligne de compte.

M. Delmas déplore que l'on ne fasse pas suffisamment usage de la notion de « constitution » à l'étude de laquelle il s'est longuement attaché. Je dois trop à l'enseignement de Dupré pour négliger d'en user. Mais les quelques schémas dont nous disposons ne sauraient s'appliquer toujours à l'infinie variété des faits cliniques. J'ai cru plus utile de montrer, à partir de quel fond, et par quels accidents s'est déroulée une évolution clinique, ainsi que le procédé de choc rapide par quoi il nous a été donné d'y mettre fin.

Mais de ce que j'ai soigneusement et en vain recherché, quelque composante cyclothymique, peut-on avec M. Delmas conclure à une mélancolie anxieuse ? Notre malade a expliqué par une jalousie ses réactions à l'égard des bien portants. Je me borne à rapporter ses propos. Je suis cependant porté à y voir plutôt un effet du dépit et de l'envie, dont les traits s'accordent mieux avec l'ensemble de sa conduite morbide.

L'électro-choc (2e *note*). Premières impressions cliniques d'après 250 crises ; étude des conditions nécessaires à leur déclenchement, par MM. M. Lapipe et J. Rondepierre.

Considérations cliniques. — Avec Mlle Barrat et M. le Docteur Chuzel, internes de la Maison Spéciale de Santé, nous avons, depuis notre communication du 28 avril dernier, traité une quinzaine de malades par l'électro-choc. Parmi ceux-ci *huit cas anciens d'hébéphréno-catatonie,* évoluant, tous, depuis trois à quinze ans, et, tous, longuement traités, antérieurement, par les cures combinées de Sakel et de Von Meduna, *ne nous ont donné que des échecs.* Les résultats de la méthode du professeur Cerletti ont été, par contre, des plus favorables dans la mélancolie et la confusion mentale.

Métancolies traitées par l'électro-choc. — 1° Mme Bouv., 48 ans. Mélancolie ayant nécessité 7 ans d'internement ininterrompu, guérie par trois électro-chocs.

2° Mme Vo., 62 ans. Mélancolie évoluant depuis plus de cinq ans, guérie en 10 jours par l'électro-choc.

3° M. Ma., 37 ans. Mélancolie évoluant depuis quatre ans, guérie en une quinzaine de jours par l'électro-choc.

Confusions mentales. — 1° Mme Bour., 50 ans. Confusion mentale datant de 18 mois, rémission parfaite après seulement trois électro-chocs, rechute après 10 jours, à nouveau bien après quatre électro-chocs.

2° Mlle Bai., 39 ans. Confusion mentale type clinique de bouffée délirante polymorphe, apparition en avril 1941, guérie après 10 électro-chocs.

Un troisième cas de confusion mentale, Mme Po., est encore en traitement : confusion mentale avec catatonie évoluant depuis plus d'un an, traitée sans succès par le sérum anticolibacillaire et par deux cures de Sakel. Rémission après 10 électro-chocs ; après 15 jours d'état normal, rechute (propos délirants), le 21 juillet reprise du traitement, et après trois nouveaux chocs, nouvelle rémission. Cette malade, par suite de circonstances techniques particulières (résistance minime du crâne), nécessita à plusieurs reprises l'emploi de grandes intensités sans autre résultat qu'une forte secousse. Nous avons pu constater, dans ce cas, que des passages du courant à travers le cerveau, même très souvent répétés, s'ils sont incapables de provoquer des convulsions, n'entraînent aucune amélioration de l'état mental.

Dans une psychose hallucinatoire, vraisemblablement schizophrénique, datant de 24 ans, nous avons vu disparaître complètement, par

l'électro-choc, les hallucinations et le refus d'aliments, mais cette amélioration est toute récente ; elle semble indiquer que même des malades chroniques peuvent bénéficier de la méthode italienne.

COMMENTAIRES. — I. *Guérison rapide.* La rémission des troubles mentaux est survenue ou s'est amorcée dès le troisième choc. Mais il est indispensable de prolonger la cure après l'apparente guérison.

II. *Excitation hypomaniaque consécutive et passagère* (1).

III. *Troubles mnésiques intenses mais non durables* (1).

IV. *Absence d'opposition à la cure.* Les patients, reconnaissant eux-mêmes les bons effets de cette thérapeutique, s'y prêtent volontiers.

V. *Inocuité.* Nous n'avons eu à déplorer aucun accident.

VI. *Amélioration de l'état général.*

VII. *Constatations biologiques après la crise.* Ph urinaire non modifié, glycémie sans changement (ou augmentation insignifiante). Comme avec le cardiazol nous avons constaté, de façon quasi-constante, une diminution de 4 à 9 % des polynucléaires dans la demi-heure qui suit la crise. La lymphocytose a été le plus souvent augmentée de 3 à 8 %.

CONCLUSIONS. — *Au point de vue clinique* les effets de l'électro-choc ont été les suivants :

1° Aucun résultat dans *huit cas très anciens d'hébéphrénocatatonie* évoluant depuis 3 à 15 ans chez des sujets déjà traités antérieurement sans succès par les cures de Sakel et de von Meduna.

2° Trois mélancolies traitées : trois guérisons presque immédiates ; ces cas évoluaient depuis 7 ans, 5 ans et 4 ans, chez des malades de 58, 62 et 37 ans.

3° Trois confusions mentales traitées : deux guérisons, une amélioration (encore en traitement).

4° Aucun incident à signaler.

CONSIDÉRATIONS TECHNIQUES. — *Dégraissage du front.* — Le dégraissage du front s'impose pour obtenir la résistance la plus basse.

Préparation des électrodes. — Au début de nos premières cures nous avons eu quelques brûlures superficielles, insignifiantes, au niveau des électrodes pour avoir négligé de réimbiber celles-ci après chaque application du courant en cas d'échecs répétés.

Pose des électrodes. — Nous fixons à la tête un bandeau de

(1) La place limitée dont nous disposons ne nous permet pas de développer ce sujet.

cuir, serré en avant, sur lequel coulissent les électrodes que nous avons fait construire. Celle-ci sont appliquées aux deux extrémités du front.

Des mesures électriques. — Après avoir mesuré la résistance, nous pouvons prévoir l'intensité à faire passer. Au début, quand celle-ci était choisie arbitrairement, nous obtenions soit le déclenchement d'une crise comitiale, soit un équivalent, soit une secousse. Le déclenchement *semblait* être des plus capricieux ! Nous avons, sur 700 mesures, essayé de relier les résistances et les intensités aux résultats de l'application du courant et nous sommes arrivés à établir les règles suivantes :

1° Si, en vue de provoquer une crise comitiale, on fait passer à travers la boîte cranienne un courant adéquat, *la puissance électrique à mettre en jeu,* pendant un dixième de seconde, semble *à peu près constante* pour un patient donné.

Si la puissance électrique employée est au-dessous du seuil convulsivant, on n'a qu'une secousse ou un équivalent. Si la puissance dépasse franchement le seul épileptogène, on obtient une très forte crise. Dans les deux cas, l'erreur commise par l'opérateur n'entraîne pas de conséquence grave pour le patient mais a, comme nous le verrons plus loin, certains inconvénients. Pendant le coma insulinique, le seuil est très abaissé, constatations déjà faites avec le cardiazol.

2° Si on fait passer un courant trop faible, on ne détermine qu'une secousse. Or, *après un échec, si on insiste pour obtenir une crise, il faut mettre, alors, en jeu une puissance bien supérieure à celle qui eût permis de provoquer cette même crise d'emblée.* Ce « raté » a une répercussion non seulement sur les heures, mais sur les jours qui suivent et il faut augmenter la puissance-seuil primitive. Sur ce point nous ne sommes pas d'accord avec les physiologistes américains qui donnent comme retour à l'excitabilité normale du cortex un temps moyen de six minutes environ (après, il est vrai, une crise comitiale nette, et dans des conditions d'expérimentation un peu différentes : excitation électrique directe et limitée).

3° *On doit accroître légèrement la puissance au fur et à mesure que l'on donne des crises.* Toutes ces règles valent pour une durée de l'ordre du 1/10e de seconde. Nous n'avons pas suffisamment d'expériences pour parler de temps de passage plus longs, cependant nous avons l'impression qu'avec des durées plus longues il faut un travail électrique dix, vingt et trente fois plus élevé.

Chaque fois que l'on veut déclencher une crise, il faut connaître la puissance nécessaire. Sur un sujet neuf on doit tâtonner mais l'expérience montre qu'il faut au moins de 18 à 20 watts ; durant le coma insulinique 4 à 5 watts. Dès les premières crises nous avons fixé le seuil ; connaissant la résistance et la puissance à mettre en jeu, on peut dès lors calculer l'intensité à faire passer. Ce problème demande plusieurs minutes, c'est pourquoi nous avons construit une règle à calcul simple qui donne la solution en quelques secondes.

Evidemment les physiologistes, les électriciens, vont nous reprocher, à juste raison, d'appliquer les lois élémentaires d'électricité à un milieu aussi complexe que peut être, au point de vue électrique, un tissu vivant. Nous leur répondrons, en cliniciens, que ces mesures, certes légèrement entachées d'erreurs, suffisent amplement pour nous guider et nous permettre de relier résistance, intensité, puissance, durée de passage, crise, équivalent, secousse.

Pour autant qu'on puisse en juger par l'absence de toute précision à cet égard, les auteurs étrangers ne semblent pas avoir déduit de leurs expériences ces quelques règles que nous venons d'énoncer. Manifestement ils commettent l'erreur de tenir la résistance pour constante chez un même sujet, la meilleure preuve est que leur appareil ne permet pas de la mesurer.

L'une des anciennes mélancoliques, traitée et guérie par l'électrochoc, est introduite et répond aux questions qui lui sont posées.

M. Ach. Delmas. — J'ai vu cette femme au début de sa maladie. Elle présentait un syndrome de mélancolie anxieuse, une agitation extrême, son corps était couvert de plaies et de déchirures qu'elle entretenait elle-même au cours de ses paroxysmes. Nous félicitons MM. Lapipe et Rondepierre des résultats qu'ils ont obtenus.

M. Hyvert. — Depuis quatre ans que je pratique la cardiazolthérapie, j'ai observé, comme M. Rondepierre avec l'électrochoc, des résultats impressionnants chez de vieux mélancoliques ou de vieux confus. Les résultats sont même, peut-on dire, d'autant plus constants que le trouble est plus ancien ; on a l'impression qu'il se fait à la suite de l'état aigu comme une persistance morbide et qu'il suffit d'une impulsion légère (souvent une seule crise de cardiazol) pour assurer la guérison. Les résultats seraient peut-être moins assurés chez les confus. Comme avec l'électrochoc, le trouble mnésique est constant. Par contre, il faut reconnaître que l'on rencontre avec le car-

diazol une certaine opposition du sujet à la poursuite du traitement.

M. PICARD. — Les malades sont-ils prévenus de ce qu'on va leur faire ? Je pose cette question parce que la résistance chez le sujet s'accroît lorsqu'il est averti d'une intervention électrique. C'est un fait connu que durant la narcose la résistance à l'électrisation est moins forte.

M. LAPIPE. — La résistance est de 800 ohms ; avec une peau bien dégraissée elle est abaissée à 150 ohms. Si le malade est effrayé, elle s'élève un peu, mais guère au delà de 25 ohms, ce qui est pratiquement insignifiant. On peut admettre qu'on abaisse de moitié la résistance en créant une vasodilatation locale.

M. RONDEPIERRE. — Les malades acceptent le traitement avec une facilité extraordinaire. Ils l'acceptent tant qu'ils se rendent compte que le traitement les améliore. En aucun cas ils ne sont prévenus qu'on va leur donner une crise d' « épilepsie ».

Les inconnues de l'œdème cérébral, à propos d'un œdème cérébral terminal après évolution d'une association syphilis-tuberculose ganglionnaire à symptomatologie de démence précoce, par MM. P.-Ad. CHATAGNON et Mlle S. JOUANNAIS.

Ayant constaté depuis longtemps la constance des troubles circulatoires des territoires céphaliques au cours de l'évolution des syndromes mentaux (1) (troubles évoluant ordinairement par

(1) P. CHATAGNON, P. SCHERRER, Mlle C. CHATAGNON. — Psychose hallucinatoire curable de la ménopause et poussée hypertensive. *Annales Médico-psychologiques*, mars 1938.

P. CHATAGNON, P. SCHERRER, BROSSE et C. CHATAGNON. — Réactions du système végétatif neuro-vasculaire au cours d'un délire hallucinatoire chronique et de deux psychoses maniaco-dépressives. Influence des facteurs psychopathiques sur les tracés sphygmographiques et électrocardiographiques. *Annales Médico-psychologiques*, février 1939.

P. CHATAGNON, P. SCHERRER. — Forme psychique d'une endocardite végétante à évolution lente. *Annales Médico-psychologiques*, février 1939.

P. CHATAGNON, P. SCHERRER, BROSSE et C. CHATAGNON. — Les troubles psychiques des cardiaques. *Mémoire Académie de Médecine*, Prix Falret 1939.

P. CHATAGNON et S. JOUANNAIS. — Part des troubles vasculaires dans l'évolution clinique des syndromes mentaux. *Soc. Médico-psychologique*, 18 déc. 1939.

P. CHATAGNON et S. JOUANNAIS. — Electrocardiographie chez douze schizophrènes. *Soc. Méd.-psych.*, mai 1940.

poussées de plus ou moins longue durée), et ayant régulièrement vérifié leur existence, nous avons été frappés de la relative fréquence, comme cause de la mort, de l'œdème cérébro-méningé (1) terminal, d'évolution rapide n'attirant l'attention que par des symptômes discrets et découvert seulement alors par l'examen nécropsique. De nos trois derniers cas, deux concernaient des femmes d'âge mûr, non hypertendues, longtemps hospitalisées pour délire chronique hallucinatoire ; le troisième, le seul que nous vous rapporterons, afin d'être brefs, est celui d'une femme de 29 ans, dont le complexe pathologique est par ailleurs riche d'enseignement :

Observation. — Mlle B... Marie (Obs. 256.233) est née en juin 1911 dans le Finistère ; elle entre à Maison-Blanche en mai 1937 venant de Sainte-Anne où elle fut admise après examen du Dr Heuyer qui note : « Affaiblissement psychique. Dissociation intellectuelle. Pas de troubles de la mémoire. Assez bonne orientation. Troubles du jugement et des associations. Indifférence. Bizarrerie. Maniérisme. Pas d'idées délirantes. Présentation spontanée au commissariat de police. Demande d'hébergement. Manque de travail et de domicile. Fonds probable de débilité mentale. Instruction rudimentaire. Pas de renseignements sur les antécédents. Traitement pour syphilis depuis trois ans sans aucun signe neurologique actuel. Exorbitisme et strabisme. Pâleur. Légère dysarthrie aux mots d'épreuve, mais examen négatif du liquide céphalo-rachidien. Albumine : 0 gr. 30. Cytodiagnostic : 0,8. Wassermann et Benjoin négatifs. Démence précoce simple ? »

Elle passe le lendemain à Sainte-Anne, dans le service du docteur Guiraud, où elle présente un état infectieux avec température à 39°2 et congestion pulmonaire droite « grippale » d'évolution rapide, puisque le certificat de quinzaine ne mentionne aucune complication. Mlle B... Marie est transférée à Maison-Blanche avec le diagnostic d'hébéphrénie. Ses réactions psychiques, son comportement font d'elle la démente précoce typique, avec des propos peu cohérents, de l'inattention, des réponses à côté, des attitudes bizarres et maniérées, des tics, des grimaces, de la sputation, des stéréotypies de gestes et de mimique, de l'impulsivité coléreuse et des violences vis-à-vis de ses compagnes alternant avec une plasticité mentale remarquable ; ajoutons à cela la conservation d'un certain automatisme, une activité auto-érotique très fréquente avec masturbation. L'affaiblissement psychique est considérable, comme il existe chez certains

(1) Nous entendons par œdème cérébro-méningé un gonflement du cerveau avec extravasation dans les espaces méningés de liquide d'œdème, non provoqué par un trauma, une lésion locale macroscopiquement évidente ou une stase d'asystolie.

paralytiques généraux. Aucun rappel de souvenirs n'est possible, les opérations mentales les plus simples ne peuvent être effectuées. L'état général est bon malgré une pâleur du visage (Poids 52 kgs, taille 1 m. 50). L'examen physique ne révèle rien d'anormal. Il n'y a pas de dysarthric. Les globes oculaires sont gros ; strabisme externe œil droit. Réflexes iriens à la lumière et à l'accommodation normaux. On note seulement de l'incontinence intermittente des sphincters et une respiration soufflante aux hiles sans bruits surajoutés. De mai 1937 à avril 1940, les troubles psychopathiques demeurent sans changement, par contre se développe progressivement une adénopathie cervicale bilatérale, et on assiste à trois épisodes fébriles : *a*) l'un en avril 1939, caractérisé par des clochers thermiques à 39° et 38°5 à trois reprises, mais sans lendemain ; — *b*) l'autre en octobre 1939, marqué par un train de fièvre de cinq jours à 38°, se continuant par un état subfébrile oscillant entre 37°6-37°8 ; — *c*) le troisième en janvier 1940, caractérisé par une fièvre irrégulière, oscillant autour de 38° jusqu'à la période terminale en avril 1940, avec symptômes typiques de pleuro-pneumonie de la base gauche. Le diagnostic de pneumonie tuberculeuse a été à ce moment porté par nous, bien que nous n'ayons jamais trouvé de bacilles de Koch dans l'expectoration et le tubage gastrique. L'image radiographique semblait confirmer notre diagnostic. « Transparence entièrement diminuée au sommet et à la partie supéro-interne de la région sous-claviculaire droite. L'obscurité devient rapidement totale au-dessous du 2e arc costal antérieur et de la ligne qui prolonge sa direction. Pas de rétraction thoracique. Déplacement discret de la masse cardio-vasculaire vers la droite. Probablement la partie visible du poumon est le siège d'une condensation importante, tandis que la région totalement opacifiée doit être le siège d'un épanchement. » (Dr Misset).

Les symptômes pleuro-pulmonaires s'amendèrent progressivement et disparurent totalement, ne laissant subsister qu'une respiration soufflantes aux hiles. Les manifestations pleuro-pulmonaires semblaient guéries (pas d'expectoration et pas de signes fonctionnels). Les adénopathies cervicales intéressant toutes les chaînes ganglionnaires étaient devenues très grosses, tout en restant fermes et élastiques. Le faciès était pâle, mais l'état général ne semblait pas plus altéré.

Assez soudainement, vers le 20 avril 1940, on observe des symptômes cérébraux nouveaux : c'est de l'obnubilation, qui évolue rapidement vers le coma (nous suspectons une localisation tuberculeuse cérébro-méningée et n'intervenons pas, nous n'injectons pas de solution hypertonique de sulfate de magnésie), et la mort survient le 24 avril 1940 après quelques symptômes de compression du diencéphale ou du bulbe : troubles vaso-moteurs de la face, rougeur, contrastant avec la pâleur habituelle de notre malade, respiration ronflante et irrégulière, impossibilité de déglutition, sans modification de l'attitude de la tête.

L'*examen anatomique,* pratiqué le 25 avril 1940, révéla : sous une dure-mère tendue, nacrée, non adhérente, un œdème cérébro-méningé (écoulement de 100 cm³ environ de liquide d'œdème) avec saillie à travers la boutonnière méningée, d'une masse cérébrale intensément congestive. Pas de dilatation ventriculaire, pas d'engagement, ni d'enclavement au niveau des orifices herniaires (pas d'engagement de la circonvolution du corps calleux, pas d'engagement temporal, pas d'engagement des amygdales dans le trou occipital). Pas de tumeur, ni de gomme, ni de ramollissement au niveau du tissu cérébral. Aspect normal des gros vaisseaux artériels et des veines de la base.

Reliquats d'épanchement pleural gauche (symphyse pleuro-costale le long de la gouttière vertébrale). Les poumons droit et gauche sont normaux, sans emphysème, sans cicatrice des sommets. Les chaînes ganglionnaires cervicales antérieures, postérieures et surtout latérales sont toutes augmentées de volume, mais non ramollies. Elles se continuent avec les masses ganglionnaires médiastinales qui distendent les hiles pulmonaires, semblant pénétrer dans le parenchyme pulmonaire. Les vaisseaux lymphatiques augmentés de volume sont suivis à travers le diaphragme jusqu'à l'étage sous-diaphragmatique (un ganglion au niveau de la convexité du foie, nombreux ganglions de la petite courbure gastrique et du hile du foie et ganglions latéro-aortiques, gros, mais non ramollis).

A l'ouverture du péricarde : écoulement de 50 cm³ de liquide citrin avec aspect lavé de l'épicarde et quelques taches laiteuses. Myocarde et endocarde normaux. Rien à signaler au niveau des appareils génito-urinaires. Rate normale.

Examens microscopiques : ganglions : hypertrophie avec images typiques de cellules géantes, sans cellules de Sternberg. Vaisseaux cérébraux : image histologique normale ; pas d'endartérite, ni de mésartérite. Les tuniques veincuses sont normales. Rate : aspect microscopique normal.

En résumé : fille de 25 ans, entrée pour démence précoce, se présentant et se comportant comme telle durant les trois années de son séjour dans notre service ; des antécédents héréditaires et personnels de laquelle nous ne savons rien, hormis qu'elle contracta à 22 ans une syphilis probablement cutanéo-muqueuse, traitée régulièrement, pendant trois ans, à l'Institut prophylactique, et qui fit, sous nos yeux, au cours de l'évolution du syndrome mental, apparu après la 3e année d'un traitement antisyphilitique, une réaction lymphatique (adénopathies cervicales, médiastinales et pulmonaires) et séreuse (grande cavité pleurale gauche et droite et péricarde) avec fièvre, que nous avons mise sur le compte de la tuberculose, malgré l'absence de bacilles dans l'expectoration et dans l'estomac, et qui mourut rapidement d'œdème cérébro-méningé.

Les problèmes posés par une telle évolution clinique banale sont du plus haut intérêt :

1° *Problème médico-légal de la mort rapide.* Dans nos trois dernières observations, la mort a été ou soudaine, cas 1 et 2 non rapportés, ou rapide, cas 3 ci-dessus ; alors que rien ne permettait cliniquement d'envisager la possibilité d'une telle détermination. Nous pensons donc que la mort soudaine, rapide ou même subite (selon les degrés et les modalités de l'œdème) peut relever plus fréquemment qu'on ne le croit — lorsque vérification anatomique n'est pas pratiquée à la suite d'un ictus par exemple — d'un œdème cérébro-méningé. Nous rapportons ici des faits. Nous ne voulons pas soulever des hypothèses pathogéniques mais rappeler deux constatations : *a*) la fréquence de l'instabilité circulatoire céphalique au cours de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale progressive aussi bien que dans la démence précoce que traduisent les processus vaso-moteurs de la face et de l'œil, ainsi que des à-coups tensionnels (la tension artérielle de notre malade était de 16-17/10) ; *b*) les travaux prestigieux des neuro-chirurgiens américains et français nous ont appris que l'œdème cérébral dépendait de la perturbation d'un appareil ou de plusieurs appareils situés dans le tronc cérébral et à la jonction du tronc cérébral et des hémisphères (hypothalamus). Dans son rapport au Congrès de Londres de 1935, M. le Professeur Cl. Vincent rapporte les observations de plusieurs malades chez lesquels, par suite d'un attouchement de zones sensibles, pendant l'intervention, s'était produite d'une façon soudaine une turgescence des lobes frontaux, « véritable état érectile des lobes, semblant dû à la fois à une réplétion vasculaire et une infiltration œdémateuse comparable à ceux d'un urticaire ». Qu'est-ce qui s'oppose à ce que la nature elle-même ne puisse spontanément réaliser semblable expérience, surtout lorsque le sujet est porteur d'une infection tréponémique à peine éteinte (nous devons dire que toutes les réactions humorales ont été, à de multiples reprises, négatives) ; il en serait ainsi dans notre observation, une action de stase pure terminale étant toujours possible, mais nous paraissant insuffisamment justifiée.

2° *L'Association syphilis-tuberculose.* — L'infection syphilitique acquise est dite classiquement favoriser le développement de la tuberculose : nous observons ici une tuberculose ganglionnaire cervicale, médiastinale et abdominale haute. C'est l'inflam-

mation ganglionnaire médiastino-pulmonaire qui fut vraisemblablement à l'origine des manifestations pleuro- et péricardo-pulmonaires signalées et qui ont évolué pour leur part vers la guérison clinique. M. le Professeur Sergent, au point de vue clinique, et les maîtres de l'un de nous, MM. Letulle et René Marie, au point de vue anatomique, ont depuis longtemps insisté sur les caractères spéciaux de l'association syphilis-tuberculose que nous retrouvons ici : évolution lente vers des processus de sclérose et souvent par conséquent de guérison.

3° *La tuberculose des déments précoces.* — Ici la tuberculose, du fait de son développement sur un fond de syphilis à peine éteinte, a donc une forme particulière. Toutes les modalités de tuberculose peuvent se rencontrer chez les déments précoces mais les localisations ganglionnaires sont les plus fréquentes, elles sont aussi les plus précoces : signature des réinfections successives en milieu hospitalier, les réactions du tissu réticulé traduisant la lutte active de l'organisme contre l'infection. Les inhibitions, les anorexies, diminuant l'apport alimentaire favorisent la greffe du bacille tuberculeux (l'expérience vécue pendant cette longue période de restriction alimentaire par nécessité économique nous démontre que la cachexie par inanition — lorsque cette dernière est brutale — entraîne la mort plus souvent par des complications d'ordre circulatoire et trophique tels qu'œdèmes et manifestations de moindre résistance cutanée et humorale ainsi que par rupture des processus normaux digestifs avec phénomènes dysentériques, que par greffe de tuberculose ganglionnaire ou viscérale, greffe qui n'a pas le temps de se développer).

En temps ordinaire, la tuberculose est le plus souvent chez les déments précoces, comme elle paraît l'être dans notre cas, un épiphénomène, une complication, d'une part des insuffisances des fonctions de nutrition et d'autre part et surtout des réinfections successives tuberculeuses en milieu hospitalier. Elle revêt ordinairement une allure torpide et traînante et les formes à réactions lymphatiques sont très fréquentes. Elles posent, lorsqu'elles sont pures, le diagnostic avec les réactions du tissu réticulo-endothélial, en particulier la lymphogranulomatose — que nous avons pu éliminer ici.

4° Le syndrome clinique de démence précoce a une étiologie multiple. Nous saisissons sur le vif dans cette observation quelques-uns des apports qu'entraînent les remaniements structuraux

(destructions, néoformations inflammatoires, cicatrices, troubles circulatoires et des échanges) provoqués par les infections syphilitique et tuberculeuse, à la texture constitutionnelle des appareils endocrino-nerveux et à leur valeur fonctionnelle (voir notre note : Introduction à l'étude pathogénique de la démence précoce. Le facteur d'involution précoce lié à l'hérédité. La démence précoce, problème bio-chimique. *Soc. Médico-Psychologique,* séance du 26 février 1940).

M. Marchand. — La communication de M. Chatagnon soulève de nouveau une question qui a déjà donné lieu à quelques considérations à la dernière séance de la Société à propos d'une communication de M. Guiraud.

Dans l'observation présente je relève que la malade est morte après un état comateux et je me demande si l'œdème cérébro-méningé n'est pas en rapport avec le coma.

L'œdème cérébro-méningé est une lésion très commune. L'œdème des méninges molles est facile à observer, mais comme il n'y a pas de rapport constant entre l'œdème méningé et l'œdème cérébral, seul l'examen microscopique du cerveau est souvent indispensable pour préciser l'intensité de la lésion.

Macroscopiquement, quand il s'agit d'un cerveau non sclérosé, le gonflement du cerveau par l'infiltration séreuse entraîne l'augmentation de volume des circonvolutions et l'effacement des sillons ; les hémisphères sont flasques. Les ventricules ne sont pas nécessairement dilatés. L'œdème est bien moins facile à apprécier quand le cerveau est sclérosé, car le parenchyme se laisse distendre moins facilement par la sérosité.

A l'examen microscopique, on note la dilatation des espaces périvasculaires, péricellulaires et l'infiltration des parenchymes. A l'état normal, il y a dans le cerveau une circulation séreuse paravasculaire intimement associée à celle du liquide céphalo-rachidien. On estime que les espaces occupés par cette sérosité sont de deux fois le volume du sang qui irrigue le parenchyme. Il n'y a donc œdème que si cette proportion est dépassée.

L'œdème cérébral peut relever de diverses causes pathogéniques.

Il y a un œdème de stase généralement associé à une réplétion intense de tout le système veineux cérébro-méningé : on l'observe dans tous les cas où il y a une gêne à la circulation sanguine de retour, dans les affections cardiaques, rénales, hépatiques, dans les comas prolongés.

Il y a une deuxième forme d'œdème cérébral bien plus importante à connaître car elle joue un rôle important dans la pathogénèse des troubles mentaux : c'est un œdème en rapport avec la lésion de l'endothélium des capillaires. La perméabilité des capillaires est modifiée et leurs parois laissent passer le plasma sanguin et parfois des globules sanguins par diapédèse. Cet œdème est très fréquent dans les affections cérébrales aiguës, dans les encéphalites, les méningites, les tumeurs cérébrales, l'état de mal épileptique, les états congestifs, l'hypertension intra-cranienne. On l'observe après les opérations cranio-cérébrales, et les neuro-chirurgiens le dénomment : œdème aigu opératoire. Dans tous ces cas, l'infiltration séreuse est toujours associée à d'autres lésions cérébrales diffuses ou localisées. Cette forme d'œdème par lésion de l'endothélium des capillaires entraîne des modifications profondes du métabolisme cérébral, car la sérosité contient des matériaux nutritifs non utilisés, des déchets ; le rapport sanguin sérine-globuline est modifié. La sérosité joue aussi un rôle important par la pression qu'elle exerce sur les vaisseaux intra-cérébraux, sur les éléments nobles, sur les cellules névrogliques et microgliques.

On ne doit pas confondre l'œdème cérébral avec l'infiltration séreuse cérébrale qui est un mode de compensation dans les cas d'atrophie de l'organe. Les éléments atrophiés sont remplacés par la sérosité. Je n'insiste pas sur cet aspect qui est banal, en particulier dans la démence sénile.

Telles sont les quelques considérations qu'entraîne la communication de M. Chatagnon sur les inconnues des œdèmes cérébraux.

M. Chatagnon. — Je remercie beaucoup M. Marchand de l'enseignement qu'il veut bien nous donner, nous faisant profiter dans l'exposé de la physiopathologie de l'œdème cérébral de sa grande compétence d'histo-pathologiste. En ce qui concerne notre cas, toutes les recherches histo-pathologiques ont été faites, il s'agit bien réellement d'un œdème cérébro-méningé et nous avons eu la précaution d'écrire : « Nous entendons par œdème cérébro-méningé un gonflement du cerveau par extravasation dans les espaces méningés de liquide d'œdème non provoqué par un trauma, une lésion locale macroscopiquement évidente, ou une stase d'asystolie. » Seule la limitation du texte nous a empêché de fournir un compte rendu plus détaillé de nos investigations.

Epilogue d'une oligophrène ostéomalacique,

par M. P.-Ad. Chatagnon et Mlle Camille Chatagnon.

C'est l'épilogue de l'évolution de l'ostéomalacie, chez une oligophrène que nous avions l'honneur de vous présenter en juillet 1939 et en mai 1940, que nous vous rapportons aujourd'hui. Il offre deux enseignements : l'un tiré des constatations anatomiques, l'autre résultant des circonstances particulières de la vie de ces derniers mois qui nous ont permis une véritable expérimentation humaine sur les déséquilibres alimentaires et sur certains des facteurs essentiels de la cachexie au cours des troubles mentaux.

Observation. — Depuis mai 1940, le psychisme de Blanche ne s'est pas sensiblement modifié jusqu'à son décès survenu le 27 juin 1941, on y nota seulement des crises coléreuses avec impulsivité plus violente à l'heure des repas et sensation tenaillante de faim. Ne retenant que les points saillants de l'évolution, nous noterons :

a) *La courbe de poids.* — Elle est très suggestive. Dès avant l'instauration des cartes d'alimentation, les difficultés du ravitaillement ont retenti, d'autant plus qu'auparavant le pain était distribué à discrétion et constituait une importante fraction de l'alimentation de cette malade. Voici les chiffres de poids : janvier 1940 : 38 kgs 7 ; février 1940 : 39 kgs ; mars 1940 : 40 kgs 8 ; avril 1940 : 41 kgs 7 ; mai 1940 : 42 kgs 4 ; juin 1940 : 39 kgs 7 ; juillet 1940 : 40 kgs 8 ; août 1940 : 39 kgs 6 ; septembre 1940 : 39 kgs 3 ; octobre 1940 : 39 kgs 5 ; novembre 1940 : 38 kgs 5 ; décembre 1940 : 37 kgs 2 ; janvier 1941 : 37 kgs 2 ; février 1941 : 37 kgs 6 ; mars 1941 : 36 kgs 2 ; avril 1941 : 34 kgs ; mai 1941 : 32 kgs 3 ; juin 1941 : 28 kgs 2. Donc : ascension à 42 kgs 4 en mai 1940, correspondant à une période de traitement vitaminique et de régime équilibré, puis chute progressive à 28 kgs 200.

La reprise du traitement vitaminique a eu pour conséquence chaque fois, non une élimination calcique massive, — comme il est classique de le constater dès l'excès de vitamine D (avec calciurie visible macroscopiquement et parfois même accompagnée de cylindres de chaux tout comme dans l'hyperparathyroïdisme) — mais bien une élimination massive, dès l'absorption de vitamine D (associée à A et à C) et prolongée environ trois semaines après la fin du traitement, de phosphates ammoniaco-magnésiens ; les urines devenaient alors troubles. Le rythme urinaire était capricieux, caractérisé par une poly-pollakiurie à 1 l. 3/4-2 l., les urines claires renfermaient par intervalles des traces indosables d'albumine. La pyurie transitoire nous avait fait porter le diagnostic de pyélonéphrite.

b) Réapparition des menstrues. — Les menstrues qui ont cessé depuis avril 1939 réapparaissent en avril, juin, juillet et août 1940 au cours et à la suite du traitement vitaminique. Elles cessent ensuite jusqu'au décès.

c) L'évolution — comme celle de nombreux autres malades dans les mêmes conditions — est entrecoupée des épisodes communs au cours des cachexies ; c'est à la fin de mars 1941 : l'apparition de furonculose et d'un anthrax volumineux du dos que réduisent les sulfamides bien tolérées ; à la mi-mai 1941 : une ulcération centrale de la cornée que le traitement local à l'atropine et à la pommade au mercurochrome aidé de vitaminothérapie A, B1 et C mènent à la cicatrisation ; des œdèmes discrets plus marqués dans les zones de décubitus, pieds et mains du côté d'appui, puis intéressant les deux extrémités, avec troubles circulatoires, se manifestent dès mai 1941 ; à eux s'ajoutent des phlyctènes et des escarres cutanées qui rapidement s'étendent. La malade est abattue, l'effondrement tensionnel est à 9-6 puis à 8-4, l'assourdissement des bruits du cœur traduisant une participation péricardique et cardiaque (points douloureux phréniques, sans grande modification de l'aire de matité précordiale). La mort survient en pleine cachexie le 27 juin 1941.

Examen anatomique résumé (28 juin 1941). — L'état de conservation cadavérique ne permet pas l'utilisation des pièces au point de vue histologique.

a) Aspect extérieur. — Cachectique. Attitude cyphotique, recroquevillée, enroulement sur le côté droit. Déformations osseuses signalées dans l'observation clinique. Pâleur des téguments. Œdèmes des pieds, des jambes, des mains. Lividités abdominales. Escarres cutanées régions trochantérienne et sacrée.

b) Eviscération totale. — 1° Système endocrinien. Le corps thyroïde est bien développé, d'aspect normal. Les parathyroïdes sont retrouvées et de volume et d'aspect normaux ; on peut en dire autant du pancréas et des surrénales qui sont toutes deux bien développées. Les ovaires sont blancs et cicatriciels. L'hypophyse est plus volumineuse que normalement mais en un état de cadavérisation avancée. — 2° Epanchement péricardique séro-fibrineux (80 cc. environ), épicarde aspect blanc nacré, lavé ; œdème gélatiniforme de la pointe du cœur et des auricules avec une pétéchie grosseur de mil. — 3° Dilatation de l'estomac sans lésion, ni cicatrice de l'antre pylorique, sans lésion du tractus digestif (œsophage, intestins gros et grêle). — 4° Hydronéphrose gauche avec rein droit, bassinet et uretère droit normaux. L'hydronéphrose gauche : bassinet du volume d'une mandarine, rein gauche considérablement atrophié. Pas de calcul urétéral, ni vésical. Pas de coudure ni d'anomalie des vaisseaux du pédicule rénal gauche. — 5° Une rate supplémentaire dans le pédicule splénique. — 6° Anomalies osseuses : les os plats, crâne et côtes, sternum, sont très épaissis et très résistants au costotome et à la scie, les tables

osseuses sont augmentées d'épaisseur et de consistance, la substance médullaire est grandement développée.

c) Encéphale. — Epaississement considérable de la dure-mère (comparable à celle d'une méningo-encéphalite diffuse) mais sans adhérences. Congestion de tous les vaisseaux corticaux. Rien à signaler au niveau des hémisphères ni de la tige cérébrale.

L'hypophyse est volumineuse et encastrée dans une selle turcique de forte dimension.

Conclusion. — La mort est survenue sur un état cachectique du fait d'un épanchement péricardique. On constate des malformations (si fréquentes en pathologie mentale où elles affectent soit les viscères, soit le système nerveux central) représentées ici par une hydronéphrose gauche et une rate en surnombre dans le hile splénique. L'augmentation de volume des tables osseuses et des cavités médullaires, leur résistance à la scie ou à la gouge contrastent avec les caractères de friabilité, de fragilité constatés durant la vie ; ce résultat est la conséquence du traitement vitaminé, dont une autre conséquence est le plein développement et même l'accroissement des surrénales (fait que nous avons déjà consigné à la suite de l'emploi des extraits surrénaux, de l'acide ascorbique synthétique, de la cortine). La dilatation gastrique résulte de l'absorption gloutonne de pain en trop grande abondance. Soulignons l'aspect macroscopique normal de toutes les endocrines.

C'est là un exemple typique, d'une part, de l'efficacité et de la qualité de nos thérapeutiques modernes, mais aussi de leur complexité ; nous avons observé, en effet, la régression des manifestations ostéo-malaciques sous l'influence des vitamines A, D et C, et d'un régime alimentaire normal, pourvu d'éléments phospho-calciques et magnésiens ; d'autre part, c'est un exemple qui illustre les conséquences des régimes réduits et surtout déséquilibrés : il pose l'un des aspects du problème des cachexies, si intéressant pour le psychiatre.

Les métabolismes minéraux ne peuvent pas être séparés des autres échanges, ils sont en étroite conjugaison avec les apports alimentaires et l'équilibre de la ration ; nous ne pouvons nous étendre ici sur les métabolismes du calcium, du phosphore et du magnésium qui sont particulièrement en cause chez notre malade, mais nous rappellerons ce que nous signalions en 1939 : à savoir que Mlle Blanche avait passé un certain nombre d'années dans une chambre très obscure, sur un lit de varech (dans une autre formation hospitalière) ; or, nous savons combien est considérable la synthèse de la vitamine D à partir des stérols de la peau ou des glandes cutanées par les radiations solaires par

rapport au taux minime de vitamine D que constitue dans l'espèce humaine l'origine alimentaire ; on perçoit donc dans ce fait banal le point de départ possible de notre ostéomalacie, d'autant que la croissance de la malade se fit à l'hôpital dans les conditions de vie ci-dessus signalées.

Sur l'affirmation de maints auteurs, nous pensions qu'il était préférable d'utiliser de fortes doses de vitamines, et la rapidité d'action aurait été variable suivant la voie employée (voie sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse, etc...). Pour le cas précis qui nous intéresse, il n'en a rien été : les éléments activants, vitamines entre autres, sont aussi actifs quel que soit le mode d'introduction dans l'organisme ; seule semble avoir une grande importance la quantité introduite : celle-ci doit avoir un minimum suffisant — que l'on ne doit pas dépasser — elle est proportionnelle à l'activité métabolique de chacun, aux quantités et à la qualité des substances digestives absorbées et à leurs rapports dans la ration, les phénomènes d'assimilation s'effectuant au maximum et avec le plus grand rendement énergétique lorsqu'elles se trouvent en quantités équilibrées. Comme, d'autre part, l'élimination est rapide, la dose optimum de vitamine doit être longtemps et quotidiennement entretenue. La conséquence de l'excès de vitamine chez notre ostéomalacique était la décharge urinaire de cristaux ammoniaco-magnésiens, et l'on imagine le désastre auquel on peut aboutir si la ration alimentaire ou médicamenteuse de Mg. de P et de Ca n'est pas suffisante pour dépasser les besoins minima.

En nous rapportant aux chiffres publiés et colligés par Mme Randoin concernant les quantités minima de principes nutritifs et aux rapports et équilibres normaux pour une ration bien équilibrée de 2.400 calories, c'est-à-dire de 30 gr. de protéines animales, de 40 gr. de protéines végétales, de 25 gr. de lipides d'origine animale (celles surtout qui portent les vitamines A, D et E), de 15 gr. de lipides d'origine végétale, de 420 gr. de glucides, de 320 mgr. de magnésium, de 1.200 mgr. de phosphore, de 840 mgr. de calcium, de 0 mgr. 003 de vitamine D, avec des rapports $\frac{\text{protéines}}{\text{glucides}}$ de 0,16 à 0,24 ; $\frac{\text{protéines animales}}{\text{protéines végétales}}$ de 0,6 à 1,2 ; de $\frac{\text{lipides animales}}{\text{lipides végétales}}$ de 1 à 3 ; de $\frac{\text{calcium} \times 10^3}{\text{protéines}}$ de 10 à 15; de $\frac{\text{calcium}}{\text{phosphore}}$ de 0,6 à 0,8 ; de $\frac{\text{calcium}}{\text{magnésium}}$ de 2 à 3 ; de $\frac{\text{vitamine D (en } \gamma)}{10} \times \frac{\text{Ca}}{\text{P}}$ de 0,7 à 1,2 ; pour n'envisager arbitrai-

rement que les éléments qui nous intéressent dans l'ostéomalacie, nous avons trouvé des chiffres très bas, étant souvent inférieurs à 92 à 98 % des taux normaux. Ce que nous venons de signaler pour la fixation des éléments minéraux du squelette, nous pourrions le retrouver dans les autres déficiences organiques qui se traduisent par la cachexie de notre malade.

L'apport alimentaire insuffisant a précipité l'évolution de notre ostéomalacique dans l'état cachectique : les insuffisances, ainsi que les déséquilibres alimentaires, ont pour résultat de perturber les sécrétions essentielles aux phénomènes de nutrition (assimilation et absorption) ; ce sont par exemple les sécrétions trop abondantes ou déréglées des amylases, protéases, lipases, etc., aboutissant à l'apparition des phénomènes diarrhéiques, exaltés par les fermentations intestinales, simulant alors un syndrome dysentérique vrai ; ce sont les déséquilibres protidiques avec autolyse, conditionnant les œdèmes tissulaires et les séreuses (l'œdème de la faim) ; les troubles trophiques cutanés et les manifestations humorales et autres, de moindre résistance de l'organisme : furoncles, anthrax, pyodermites, etc... ; l'effondrement tensionnel — tels que nous les avons observés.

Les insuffisances et les déséquilibres de la ration sont donc tout aussi importants que les déficiences électives d'éléments activants aux doses infinitésimales (oligo-minéraux, vitamines, ferments et diastases). Cette loi, vraie pour l'organisme sain soumis à une expérimentation rigoureuse, l'est encore plus quand il s'agit d'endocriniens ou d'endocrino-nerveux : c'est que nous nous trouvons là en présence de sujets qui manifestent d'une façon patente les troubles d'utilisation des substances assimilables sur lesquels nous avons les premiers insisté : ces sujets ont en effet besoin d'une ration supérieure à celle qui devrait normalement suffire à un être normal de leur âge, de leur sexe, de leur stature physique (illustration de la conjonction endocrino-nerveuse commandant à la fois les sécrétions endocrines et exocrines, glandes digestives avec les ferments et diastases multiples de notre économie).

L'importance des régimes suffisants et équilibrés, activés par des catalyseurs minéraux ou organiques (vitamines, diastases), véritables éléments d'utilisation dont l'action ne peut être efficiente que si le couplage avec les apports du régime est harmonieux, est donc démontrée dans notre exemple : une dose suffisante de vitamine D, sans calcium, sans phosphore et sans magnésium, avec une ration alimentaire déficiente, sera impuissante à redresser le trouble carenciel, elle pourra même être nocive.

Un cas de tabo-paralysie générale juvénile. Considérations cliniques, pathogéniques, thérapeutiques, par MM. P. Loo et H. Marlot.

Nous vous présentons aujourd'hui l'observation d'une jeune tabo-paralytique générale, au sujet de laquelle nous vous avions antérieurement posé une question de déontologie.

Observation. — Cam. Isabelle, âgée de 21 ans.

Les antécédents héréditaires de cette jeune femme sont très lourds. La mère a été soignée à Saint-Louis au cours de sa grossesse pour une roséole. Actuellement elle se présente avec un faciès inexpressif et accuse de forts troubles de la mémoire et du jugement, une euphorie niaise. Refuse absolument de laisser pratiquer une ponction lombaire. Elle n'a eu que deux enfants : Cam. Isabelle est l'aînée.

Le père a été soigné en Allemagne au cours de la guerre 1914-1918. Il a sept vertèbres soudées par greffe osseuse. Actuellement tabétique. Douleurs fulgurantes, principalement dans la jambe droite. Diminution importante de la sensibilité profonde. Abolition totale des réflexes rotuliens et achilléens. Pupilles irrégulières et inégales : la gauche est plus grande que la droite. De plus, rigides : aucun réflexe lumineux ni d'accommodation. Ponction lombaire pratiquée le 23 mai 1941 par le Dr Rollin : 30 lymphocytes au mme. ; albumine 0 gr. 35 ; benjoin colloïdal 1.2222222.1.0000000 ; Meinicke positif.

La malade a une tante, sœur de son père, décédée à l'hôpital à Lyon en 1938 au cours d'une fugue. Cette femme aurait toujours eu, au dire de sa famille, un comportement de déséquilibrée.

Enfin le frère séjourne actuellement à l'Hôpital des Jeunes Aveugles. Vision au-dessous du vingtième. Reliquats de kératite interstitielle. C'est à l'occasion de cette affection, en 1925, que toute la famille avait été soumise à un traitement par le novarsénobenzol.

Quant aux antécédents personnels de notre malade, nous ne connaissons que peu de détails sur sa première enfance, à cause des défectuosités profondes de la mémoire paternelle. Née à terme, elle aurait parlé et marché dans les délais normaux. Elle a eu la rougeole, les oreillons. Elle a suivi en classe, à l'école primaire, jusqu'à 13 ans, et se montre une élève moyenne, sans plus. Certificat d'études primaires à la fin de sa scolarité. Apprentissage chez une couturière, puis employée dans une sacherie où elle reste jusqu'à sa maladie. En avril 1941, plus de six mois après le début des troubles, elle devient enceinte et se marie.

Le début des troubles remonte à octobre 1940, la jeune fille étant alors âgée de 20 ans. Elle se plaint alors de céphalées et d'une fatigabilité accrue au cours de son travail. Un jour « syncope », sans doute

ictus, au cours de son travail, suivi de troubles confusionnels : elle ne reconnaît plus ses parents, ses amis. Episode hallucinatoire de 24 heures : elle entend parler et chanter dans le mur de sa chambre. Puis s'installe un état somnolent qui dure quelques jours. C'est alors qu'elle est examinée par le Dr Loo.

Cam. Isabelle se présente comme une malade en bon état physique, sans amaigrissement notable, avec un faciès coloré, mais tout à fait atone et inexpressif. La pupille droite est plus grande que la gauche et déformée. Pas de réflexes oculo-moteurs. Les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis. Diminution de la sensibilité profonde (douleur et vibration). Dysarthrie nette spontanée et aux mots d'épreuve. Léger tremblement de la langue et des doigts. La dysmétrie est nette, très accentuée par l'occlusion des yeux. Hypotonie musculaire.

L'écriture est enfantine. Les acquisitions scolaires sont presque effacées. Grosses erreurs dans les calculs les plus simples, ignore la capitale de l'Espagne, du Japon. La mémoire des faits est également très défectueuse : elle ne se souvient plus quand a commencé la guerre actuelle, ni la date de l'arrivée des Allemands à Nevers. Elle est très approbative et suggestive. Niaisement euphorique et satisfaite d'elle-même ; elle était une bonne ouvrière et tout le monde le disait, on l'aimait mieux et on l'estimait plus que ses camarades d'atelier ; au bal, tout le monde voulait danser avec elle. Gros troubles du jugement et en particulier en ce qui concerne son état actuel.

Syndrome humoral en novembre 1940 : *Sang :* Hecht positif ; Kahn positif ; Meinicke positif. *Liquide céphalo-rachidien :* albumine 0,80 ; lymphocytes 10 ; benjoin colloïdal 1.222.222.2222.11.000 ; Meinicke positif.

Depuis le début de la maladie, l'ensemble du syndrome s'est peu modifié. Mais les différents signes et en particulier la dysarthrie et les troubles de la mémoire se sont très sensiblement accentués.

En mai 1941, après deux traitements de sulfarsénobenzol et de bismuth conjugués, le syndrome humoral est le suivant : *Sang :* Hecht positif ; Kahn positif ; Meinicke positif. *Liquide céphalo-rachidien :* lymphocytes 5 au mmc. ; albumine 0,40 ; benjoin colloïdal 222.222. 2222.11.0000 ; Meinicke positif.

Devant cet ensemble de signes, il ne semble pas que le diagnostic de tabo-paralysie générale fasse de grandes difficultés. Nous notons en effet : d'une part, des troubles des réflexes, du tonus, de la sensibilité caractéristiques du tabès ; d'autre part, un syndrome psychique avec baisse de la mémoire et du jugement, approbativité, suggestibilité, euphorie niaise, accompagné de signes neurologiques : tremblements des doigts et de la langue, achoppement marqué aux mots d'épreuve caractéristiques de la paralysie générale.

D'ailleurs, l'ensemble du tableau clinique de notre malade correspond bien à la description détaillée de la paralysie générale infanto-juvénile donnée par MM. Roger et Paillas en 1936 à propos de deux cas personnels : on y retrouve la pauvreté du syndrome psychiatrique (la seule originalité de notre malade étant un court épisode hallucinatoire au début de la maladie). Du point de vue neurologique, l'absence des algies des membres et des douleurs fulgurantes est également un fait à peu près constant dans la forme juvénile de cette affection. Enfin le syndrome humoral dépend du facteur paralysie générale.

Au point de vue étiologique, il semble que l'affection de notre malade doive être rapportée à la syphilis héréditaire. En effet, la mère, serveuse dans un restaurant, a été traitée par le sulfarsénobenzol au cours de sa grossesse et paraît être responsable de syphilis de tous les membres de la famille. Nous nous trouvons donc, en ce cas, devant une hérédo-tabo-paralysie générale d'origine hérédo-syphilitique post-pubertaire. D'autre part, la prédisposition familiale est nette : le père est un tabétique avéré, la mère a bien un aspect et un comportement de paralytique générale, mais elle a refusé la ponction lombaire ; enfin, en ligne collatérale (tante maternelle), on relève une hérédité psychopathique.

Dans la pathogénie, il nous semble intéressant de rappeler les faits signalés par Sézary concernant l'influence du traitement initial de la syphilis. En effet, tous les membres de la famille ont été traités par le sulfarsénobenzol en 1925. Traitement intensif mais écourté. Or, nous voyons par la suite que deux au moins d'entre eux sur quatre ont évolué vers des formes très sévères de syphilis nerveuse.

Les remarques thérapeutiques et déontologiques qu'appelait le cas de notre malade ont déjà fait l'objet d'une communication devant cette Société. Elles concernaient l'opportunité de la stovarsolthérapie et de l'impaludation chez une jeune femme présentant des troubles relevant du tabès d'une part, et d'autre part actuellement enceinte.

Enfin, indépendamment même des considérations sur l'avenir possible d'un enfant grevé d'une aussi lourde hérédité, nous nous demandons si, étant donné l'aggravation manifeste provoquée par une grossesse survenant au cours d'une paralysie générale, l'avortement thérapeutique ne devait pas être envisagé.

BIBLIOGRAPHIE

Bourneville, Léon Kinnberg, Charles Richet fils. — Notes sur un cas de tabès et de paralysie générale chez un enfant de 15 ans. *Revue Neurologique,* 1908.

Brissot et Devallet. — La paralysie générale chez l'enfant. *Annales Médico-psychologiques,* 1934, II, p. 241.

Comby. — Paralysie générale et tabès infanto-juvénile. *Archives de Médecine,* 1934.

Dorelle. — Paralysie générale préjuvénile avec syndrome tabétique chez une Annamite de Cochinchine. *Semaine des Hôpitaux de Paris,* 1er mars 1936.

Joffroy. — Sur un cas de paralysie générale infantile à début spinal. *Revue de Psychiatrie,* janvier 1898.

Joffroy et Rabaud. — Un cas de paralysie générale juvénile avec lésions tabétiformes des cordons postérieurs. *Annales de Médecine psychiatrique,* novembre-décembre 1900.

Roger et Paillas. — La tabo-paralysie infanto-juvénile. *Encéphale,* décembre 1936.

La séance est levée à 18 heures 15.

Les secrétaires des séances,

P. Carrette et J. Dublineau.

VARIETÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 octobre 1941*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations cliniques ou anatomo-pathologiques, aura lieu le *jeudi 13 novembre 1941*, à 9 heures 1/2 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV[e] arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 novembre 1941*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 22 décembre 1941*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

SECRÉTARIAT D'ETAT A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ

Désignation du nouveau Secrétaire d'Etat

M. le D[r] Serge HUARD est nommé *Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.*

Désignation du Secrétaire général à la Santé

Par décret en date du 7 septembre 1941, M. le D[r] Léon AUBLANT, inspecteur général à la Santé, est nommé *Secrétaire général de la Santé.*

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le Dr Montassut est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seiue) ;

M. le Dr Veyres est nommé Médecin-Chef, à titre temporaire, à l'Hôpital psychiatrique départemental d'Alençon (Orne) ;

M. le Dr Guyot, chargé à titre intérimaire des fonctions de Médecin-Chef de service à l'Asile privé du Bon-Sauveur faisant fonction d'Hôpital psychiatrique à Bégard (Côtes-du-Nord), est nommé à ce poste à titre définitif ;

Mme le Dr Leconte est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure) ;

M. le Dr Masson est nommé Médecin-Directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

Concours

Pharmacien en Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours pour une nomiuation à une place de pharmacien en chef des hôpitaux psychiatriques du département de la Seine ou de l'Hospice Paul Brousse sera ouvert le 3 novembre 1941 à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, 1, à Paris (XIVe arrondissement).

Internat en médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours pour 21 places d'internes en médeciue titulaires et la désignation d'internes provisoires des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'Infirmeric spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri Roussellc (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le 6 novembre 1941.

Le nombrc des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

La durée des fonctions des internes est de deux ans ; cellc des fonctions d'internes provisoires, d'une année.

A la fin de leur deuxième année, les internes titulaires peuvent être maintenus en fonctions pendant deux périodes successives d'une année.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Société Suisse de psychiatrie

L'Assemblée d'automne de la *Société suisse de psychiatrie* aura lieu à *Bâle, le 15* et le *16 novembre 1941*, sous la *présidence* du Professeur H. Steck, de Céry-sur-Lausannc. La Société a mis à l'ordre du jour de cette

réunion l'*Etat actuel de la thérapeutique et de la pathophysiologie de la schizophrénie* et désigné comme *rapporteurs :*

Dr M. Muller (de Munsingen) : *Technique, indications, mécanismes et résultats de la thérapeutique par les chocs ;*

Dr M. Bleuler (de Bâle) : *Evolution et constitution des malades guéris par l'insulinothérapie ;*

Dr W Nagel (de Zurich) : *Pathophysiologie de la schizophrénie.*

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Loi du 24 septembre 1941 contre l'alcoolisme

Une loi en date du 24 septembre 1941 modifiant la *loi du 23 août 1940 contre l'alcoolisme* a été publiée au « Journal Officiel » du 8 octobre 1941.

Obligation prochaine en France du certificat prénuptial

M. le Dr Serge Huard, *Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé*, a précisé, en ces termes, à un collaborateur de l'*Office français d'Information*, ce que sera le *certificat prénuptial*, dont il envisage de décréter prochainement l'obligation en France :

« *De ce certificat, dont le principe est admis, je pense beaucoup de bien sous la forme qu'il affectera. J'en penserais beaucoup de mal, s'il devait justifier, dans le mariage, une intrusion étrangère.*

« *Aucune idée de contrainte ne s'attachera au* certificat prénuptial : *le devoir du médecin sera simplement d'avertir.*

« *L'examen prénuptial sera un examen absolument complet du postulant au mariage, mais il n'aura ensuite aucune force de contrainte : ce n'est pas d'après lui que le mariage sera ou ne sera pas autorisé.*

« *Le médecin examine, puis conseille et met le consultant en face de ses responsabilités. Il fait appel à sa conscience, mais, en aucun cas, n'interdit. Les gens gardent la responsabilité pleine et entière de leur acte, prévenus cependant de leur état de santé, ils ne pourront plus agir par ignorance.*

« *Dans la pratique, le secret professionnel sera sauvegardé de la façon la plus simple qu'il soit. Chaque postulant au mariage devra, lors du dépôt de ses papiers à la mairie, joindre à ses papiers d'identité un certificat conçu à peu près dans ces termes :* « Le docteur Un tel, certifie avoir examiné, ce jour, M., Mme, ou Mlle X..., en vue de son mariage. » *C'est tout. Le certificat ne comportera aucune appréciation, aucun diagnostic. Le reste de son travail, le médecin l'accomplira dans le silence de son cabinet, face à son consultant dont il éveillera la conscience si besoin lui semble.* »

On applaudira à un tel projet, d'utilité incontestée et de tendances libérales, et qui répond dans son but et dans sa forme aux vœux unanimes du corps médical français.

Projet de stérilisation de certains criminels en Suède

Le *Tidningazaas Telegrambyraa* annonce que la commission pénale du Parlement suédois a présenté au Ministre de la Justice un projet de loi prévoyant la stérilisation de certains criminels. Ce projet, qui serait appliqué à partir du 1er juillet 1942, permettrait la stérilisation dans certains cas incurables de « crimes contre la moralité ».

(*Le Temps*, 4 septembre 1941).

L'augmentation de la criminalité en Suède

On constate en Suède une recrudescence de la criminalité. D'après un rapport récent publié par le ministère de la justice, les infractions graves commises dans la seule ville de Stockholm auraient augmenté de 35 pour cent de 1939 à 1940, passant de 15.956 à environ 19.000. C'est la jeunesse qui fournit les effectifs les plus nombreux de l'armée du crime. Sur 5.500 condamnés à la prison et aux travaux forcés, 800 avaient de 15 à 18 ans ; 900 de 18 à 21 ans et 1.000 de 21 à 25 ans. Parmi les jeunes filles, les délits les plus fréquents sont les vols dans les grands magasins.

(*Le Temps*, 1er octobre 1941).

LÉGISLATION MÉDICALE

Modification à la loi du 7 octobre 1940 instituant un Ordre des Médecins (1)

L'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant un ordre des médecins vient d'être ainsi modifié :

LOI DU 2 AOUT 1941 MODIFIANT L'ARTICLE 18
DE LA LOI DU 7 OCTOBRE 1940 INSTITUANT L'ORDRE DES MÉDECINS

Par décret du 2 août 1941 :

ARTICLE PREMIER. — L'article 18 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'ordre des médecins est modifié ainsi qu'il suit :

« Un décret contresigné par le Garde des Sceaux, ministre secrétaire d'Etat à la Justice, et par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, fixera la date à laquelle le Conseil supérieur de l'ordre des médecins et les Conseils départementaux seront dissous et remplacés par des Conseils élus. »

« Les modalités de l'élection seront fixées par les règlements d'administration publique ; ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux Conseils élus. »

ARTICLE 2. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

(*Journal officiel*, 3 août 1941).

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques*, janvier 1941, pages 93-95.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Création de « médecins honoraires »

Le Conseil supérieur a décidé la création de « médecins honoraires » et précisé dans l'article 25 du « Règlement intérieur des Conseils départementaux » les conditions nécessaires pour obtenir l'honorariat.

On trouvera dans le n° 3 (août 1941) du *Bulletin de l'Ordre des Médecins* (Masson et Cie édit.) le Règlement intérieur du Conseil Supérieur de l'Ordre, le Règlement intérieur des Conseils départementaux, les Instructions pour le fonctionnement du Conseil de discipline et une utile mise au point des Lois sur l'exercice de la médecine, ainsi que divers renseignements.

Conseil départemental de l'Hérault

M. le Professeur Euzière, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier, a été désigné comme *président* du *Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du département de l'Hérault.*

UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Faculté de Médecine de Genève

Le Conseil d'Etat a confié, pour l'année universitaire 1941-1942, à titre de *Chargé de Cours*, à M. le Dr Henri Flournoy, l'enseignement de la *psychologie médicale* à la *Faculté de médecine de Genève.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Imprimé par Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*)
à Cahors (France). — 63.092

Tome II. — N° 5 Décembre 1941

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVERSIBILITÉ DE CAS ORGANO-TOXIQUES

PAR

O.-L. FOREL, Ph. DANJOU et G. FAVEZ (de Prangins)

Les trois observations que nous publions se rapportent à des malades qui nous ont été adressés en tant que maniaco-dépressif, morphinomane et mélancolique. Elles nous ont paru présenter un intérêt suffisant pour faire l'objet de la présente publication parce que, d'une part, l'intoxication barbiturique qui a été décelée par la suite n'avait été relevée ni dans l'anamnèse établie par les médecins précédents, ni à l'entrée des malades en clinique et que, d'autre part, les cas en question nous paraissent représenter de façon très typique une importante catégoric de barbituromanes.

Observation 1. — *Anamnèse :* Femme de 45 ans. Trois enfants.

En plus des maladies de l'enfance : oreillons, otites avec abcès et mastoïdite.

Ménopause à 39 ans. Malade grasse, à chair molle ; teint très clair. Un endocrinologiste connu en avait fait un cas d'insuffisance ovarienne fruste. Métabolisme basal : diminution de 17,8 0/0.

Cette malade a présenté, à plusieurs reprises, des phases de dépression et des phases d'excitation maniaque (diagnostic : psychose maniaco-dépressive). Nous l'avons eue en traitement pendant près de

deux ans. Arrivée en phase maniaque, la malade devient mélancolique trois mois plus tard et le reste pendant 9 mois avec paroxysme au bout du sixième mois. Après quelques mois de stabilisation relative, nouvelle crise maniaque d'intensité moindre, et c'est au début de celle-ci que se situent les phénomènes d'intoxication.

Avant l'entrée dans notre clinique, l'excitation maniaque se manifestait de façon mondaine, c'est-à-dire sur le plan social. La malade faisait des dépenses exagérées, était insolente avec son entourage, manquait de sens critique quant à son état, bavardait de façon inconsidérée. Ici, elle a pu continuer à vivre en service ouvert et à sortir avec une infirmière.

Status neurologique : a été fait de façon précise lors de l'arrivée de la malade et à différentes reprises. Nous insistons particulièrement sur ce point.

Pupilles rondes, égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de troubles de la motricité oculaire.

Réflexes abdominaux, patellaires, achilléens, normaux.

Babinski, Schaefer, Oppenheim, Gordon, négatifs.

Romberg, négatif.

Au point de vue cérébelleux : Pas d'adiadococinésie, pas d'ataxie.

Pas de troubles de la sensibilité superficielle et profonde.

Arrivée à Prangins le 6 octobre 1937, la malade se présentait, jusqu'au 14 octobre 1938, avec toutes les allures d'une cyclothyme. C'est pour combattre une insomnie rebelle qu'après lui avoir donné longtemps du chloral, on avait prescrit du médinal. Pendant les mois d'août et septembre, et la première quinzaine d'octobre, la malade reçut chaque soir 50 cgr. de médinal. C'est alors qu'elle se plaignit de difficultés à la marche comme si, disait-elle, elle était ivre. Puis, elle accusa de la dysarthrie et avait de la peine à trouver ses mots. Elle était obligée de faire un gros effort pour conserver son équilibre et risquait de tomber dans les escaliers si elle ne se surveillait pas attentivement en marchant.

Au cours de l'examen neurologique fait à ce moment-là, on trouve les modifications suivantes :

Romberg : la malade oscille et titube un peu, mais ne tombe pas.

Pupilles : on est frappé du fait que la pupille gauche est plus grande que la droite, mais il n'y a pas de déformation pupillaire. Les deux pupilles réagissent très lentement et insuffisamment à la lumière : moyennement à l'accommodation.

Devant ce tableau clinique, on ne pense pas d'emblée à une intoxication, mais on se demande s'il n'y a pas autre chose qu'une psychose maniaco-dépressive. On adresse la malade, pour un examen du fond de l'œil, au Prof. Loewenstein, en raison de ses travaux sur la pupillographie. Se bornant à un examen pupillographique, Loewenstein admit qu'il pourrait s'agir d'une lésion supra-nucléaire des voies sympathiques centrales, particulièrement à l'endroit du croisement cen-

tral des voies occipito-luisiennes, le côté droit étant plus touché que le gauche. Pour lui, l'hypothèse la plus vraisemblable était qu'il s'agissait de lésions post-encéphalitiques.

Nous insistons sur le fait que la malade n'avait jamais présenté de troubles pupillaires dans les examens antérieurs et que, d'autre part, M. Loewenstein considéra les troubles existants comme pouvant relever d'une lésion supra-nucléaire des voies sympathiques centrales.

Dès le 16 octobre 1938, on supprima le médinal. Après une semaine environ, les troubles de la station et de la parole, de même que les troubles pupillaires, disparurent complètement. On se trouva à nouveau en présence d'une malade purement hypomane, et il ne fut plus possible de douter que les symptômes constatés étaient consécutifs à l'intoxication babiturique.

Observation 2. — Anamnèse : Médecin âgé de 67 ans. Marié.
Mère morte à 65 ans, dans le marasme.
Deux filles mariées, rien de particulier à signaler à leur sujet.
Un fils schizophrène, qui s'est suicidé.
Examen physique : homme corpulent.
Poumons : emphysème à la base droite.
Cœur : bruits réguliers, lointains. Tension 130/75. Pas de dyspnée d'effort.
Reins : a présenté, quelques mois avant son entrée à Prangins, des douleurs dans la région lombaire, en rapport avec la présence de calculs rénaux.
Intestins : tendance à une constipation opiniâtre.

Lors de l'arrivée à Prangins, la personne qui accompagne le malade nous dit que ce dernier occupait une situation importante dans l'armée, remplissant bien ses fonctions mais que, depuis quelques mois, il n'arrivait plus à faire face à ses obligations militaires et sociales. Le 7 août, il eut une crise de calculs rénaux, à la suite de laquelle il prit de la morphine (0,02) 3 à 4 fois par jour, pendant trois semaines. Au bout de quelque temps, il s'aperçut qu'il avait des troubles de mémoire et n'arrivait plus à liquider ses dossiers de l'assurance militaire. A cela s'ajoutaient de sérieuses difficultés conjugales et familiales. Conscient de cette situation et luttant contre lui-même, le malade se mit à prendre, de son propre chef, d'assez fortes doses de sédormid et de phanodorme, auxquelles il ajoutait, pour combattre les douleurs liées à la constipation, des onctions rectales de percaïne, pratiquées plusieurs fois par jour. Il prit aussi plus de boissons alcooliques qu'il ne le faisait habituellement.

A cela vint s'ajouter, une dizaine de jours avant l'arrivée à Prangins, le suicide de son fils, un schizophrène. La veille de son départ, le malade se montra nettement déprimé, déclarant qu'il avait gâché sa vie, etc.

En questionnant le malade plus tard de plus près, on apprit qu'il

existait depuis fort longtemps, dans sa famille, une tension morale contre laquelle il ne trouvait plus à se défendre qu'en devenant bruyant, violent, tyrannique, et en cherchant l'oubli dans un surmenage professionnel.

A l'arrivée, le malade se présente de façon correcte, mais on est frappé de la difficulté qu'il a à exposer son histoire, bredouillant un peu, cherchant ses mots et n'arrivant à donner un aperçu de son état qu'en interrogeant l'ami qui l'accompagne. Il paraît somnolent, presque stuporeux, et son état évoque l'idée d'un précoma possible. Une analyse d'urine reste cependant négative. Le dosage de l'urée et de la glycémie, faits le lendemain, seront également négatifs.

Pendant l'examen, on est frappé du manque d'intérêt que le malade y porte, de l'imprécision de ses réponses, de sa passivité même. On est obligé de le faire déshabiller, vêtement par vêtement, car il est manifestement désorienté dans le temps et dans l'espace, au sens large du mot.

Dans la nuit de son admission, alors qu'il s'était couché tranquille, le malade se lève, s'agite, devient bruyant. Le lendemain, il est irritable, accepte mal la visite du médecin qu'il n'a pas l'air d'identifier. Il monologue, marche de long en large dans sa chambre, donne l'impression d'un confus. Il est en même temps réticent, ne semblant pas du tout se rendre compte de son état et considérant les personnes qui l'entourent comme des intrus. Un peu plus tard, on le trouve assis à sa table, occupé de façon infantile et persévérante à ramasser un hameçon dont il se sert pour saisir les timbres de sa collection. Il s'irrite quand on vient le voir, déclare, sur un ton de commandement militaire, qu'il en a assez de ces jeunes officiers, etc. Il se comporte manifestement comme s'il était encore à l'armée. Il entre même dans un état d'agitation prononcée, lançant des objets, n'obéissant à aucune suggestion ou injonction, appelant son adjudant du haut du balcon de sa chambre. Il y a, par conséquent, de l'onirisme à thème militaire. Le malade identifie certaines personnes à ses subordonnés et s'irrite de se voir traité, lui supérieur en grade, de cette façon. La confusion et l'agitation sont telles qu'on est obligé de transporter le malade dans le service fermé. Il s'aperçoit à peine de ce changement, va et vient sans cesse dans sa chambre. Toute conversation est impossible.

Malgré les renseignements très favorables obtenus sur l'activité du malade avant la crise actuelle, on oriente malgré soi son esprit vers la possibilité d'une démence artériosclérotique ou sénile au début ou, en tout cas, vers une psychose organique. On note d'ailleurs des alternatives de pleurs et de légère euphorie. Le malade mange de bon appétit ; le lendemain, il refuse de se lever. Réticence et demi-mutisme ; mimique hostile et méfiante.

On a coupé, dès l'entrée, les prises de tout médicament. Dès le surlendemain, on note une grosse amélioration. Le malade est calme,

prend contact avec le médecin, et on peut l'interroger. Il garde le souvenir de son agitation et de la violence de son attitude, en est un peu honteux, demande des explications sur ce qui s'est passé. Bien que la clarté de son exposé soit encore très relative, on obtient de lui des renseignements logiques sur sa situation, son activité, ses ennuis familiaux et conjugaux. C'est cependant avec peine, en revenant plusieurs fois sur des détails insignifiants, que le malade expose son conflit matrimonial, et ce n'est qu'au bout d'un moment, lorsqu'on dirige sa pensée vers le suicide de son fils, qu'il s'en souvient, alors que, pendant la période confusionnelle il semblait avoir complètement oublié cette mort. Il décrit d'ailleurs lui-même son onirisme en disant qu'il a eu devant les yeux « une espèce de cinéma, que tout était une sorte de mise en scène pour le débarrasser de la jalousie de sa femme ». Les jours suivants, la confusion disparaît. On note cependant une légère dysarthrie et de la fatigabilité. Le malade est maintenant capable de corriger son délire, et il nous raconte qu'il s'était imaginé avoir trahi sa patrie et être en imminence d'être fusillé. Il fait très nettement le récit de toutes ses difficultés conjugales avec une femme jalouse qui lui reproche le suicide de son fils comme s'il en était personnellement responsable.

Des renseignements ultérieurs que nous a donnés un ami, il résulte que c'est pour combattre son insomnie et l'anxiété consciente créée par des situations particulièrement pénibles, tant au point de vue militaire que familial et conjugal, que le malade a eu recours aux barbituriques. Il semble bien qu'il s'agisse d'une explosion d'un délire confusionnel greffé sur un léger état de dépression. La rapidité de la disparition des troubles confusionnels ne permet pas de penser à une confusion mentale primitive, mais bien à une confusion mentale toxique. La forme du délire ne correspond pas à celle des délires provoqués par des stupéfiants et, d'ailleurs, les doses de percaïne étaient beaucoup trop faibles pour provoquer une secousse aussi grave. Les doses d'alcool ingérées sont toujours restées dans les limites excluant le délirium. Tout nous ramène donc à l'intoxication chronique par barbituriques.

L'examen neurologique, soigneusement fait, n'a rien révélé de spécial si ce n'est la dysarthrie mentionnée ci-dessus. Ultérieurement, le malade a pu reprendre complètement son activité, ne présentant plus aucune trace de dépression ni de troubles mentaux.

Observation 3. — *Anamnèse :* Dans l'enfance, diphtérie.

A 20 ans, atteinte de tuberculose (hémoptysie), guérie par la suite.

Vers 35 ans, septicémie.

Il s'agit d'un médecin ayant exercé sa profession de façon active jusqu'à 4 ans avant son entrée en clinique et, jusqu'alors, bien équilibré. A la suite de conflits affectifs, il présenta de l'insomnie, de l'irritabilité, du nervosisme. Pour dissimuler et atténuer sa nervosité,

ce médecin se fit des injections d'eucodal, d'abord en petites quantités, mais il monta assez rapidement à des doses considérables (20 ampoules par jour). Il chercha à se désintoxiquer par lui-même, sans résultat, puis se décida à faire une désintoxication en clinique. Il passa ainsi quatre semaines dans deux cliniques différentes. Dans la première, on lui fit deux fois par jour des injections de luminal à 0,10 et, dans la seconde, le même nombre d'injections de dial à 0,10. Le sevrage proprement dit des stupéfiants se fit sans grande difficulté.

Status à l'arrivée : Le malade ne prend plus de morphine. Il dit ne pas être en état de besoin et ne venir ici qu'en convalescence. On est en présence d'un homme très déprimé, s'exprimant difficilement avec de la dysarthrie. Il raconte son histoire de façon laborieuse, cherchant ses mots, confus, revenant fréquemment sur des détails insignifiants ; son récit est entrecoupé de larmes, le ton est monotone, infantile. L'expression du visage est niaise, les traits tombants ; on donne à ce malade 10 à 15 ans de plus que son âge. Démarche de vieillard précoce. L'affectivité est labile. Malgré les renseignements très précis donnés par sa femme quant à l'intégrité de son psychisme avant la cure, on ne peut se défendre de l'idée qu'on se trouve en présence d'une psychose organique. Le malade ne semble pas conscient de son état, il minimise ses troubles d'élocution et de la parole, à la manière des Korsakoff.

Des tests de mémoire révèlent de grosses lacunes, surtout dans le sens d'une amnésie de fixation. Le malade retrouve difficilement ses objets de toilette, donne sur sa vie, au cours des dernières semaines, des renseignements variables et contradictoires.

Status neurologique d'entrée : Pupilles légèrement inégales, réagissant normalement, quoique lentement, aux deux modes.

Réflexes tendineux normaux, sauf le réflexe rotulien qui est plus faible à gauche.

Réflexes abdominaux absents (malade obèse).

Réflexe crémastérien normal.

Réflexe médio-frontal négatif.

Système cérébelleux : Adiadococinésie nette à gauche (le malade n'arrive pas à exécuter de façon précise les mouvements de marionnettes). Tremblement atypique des deux mains, n'existant pas au repos et se manifestant surtout dans les mouvements précis. Ce tremblement, de faible amplitude, provoque de la gaucherie, mais permet cependant d'atteindre le but désigné.

A l'épreuve du doigt sur le nez : temps d'arrêt.

A la station debout : Romberg positif. Le malade chute, mais arrive à mieux se tenir s'il fait un effort d'attention.

Petites myoclonies et trémulations fibrillaires des muscles péribuccaux. Pas de tremblement de la langue.

Analyses de laboratoire : Sang, rien de particulier. Urines : traces d'albumine.

Devant un semblable syndrome neurologique et mental, on pense à une paralysie générale possible ou à une tumeur frontale. On est surtout frappé par ce qu'il y a de niais dans l'expression du malade. Il faut cependant ajouter qu'en l'invigorant, on obtient des réponses plus nettes. Le diagnostic étant encore imprécis, nous renvoyons la date de la ponction lombaire et arrêtons toute médication barbiturique. Dans l'espace de 5-6 jours, le tableau clinique se modifie profondément. La pensée du malade est plus ferme, son affectivité moins labile.

L'examen neurologique, fait 10 jours après l'admission, montre :

Pupilles réagissant normalement aux deux modes, égales.

Réflexe rotulien gauche, moins faible.

Adiadococinésie très légère à gauche.

Epreuve du doigt sur le nez et du talon sur le genou, normale.

Romberg négatif.

Réflexe médio-frontal positif.

Diminution du tremblement. Parole beaucoup plus facile. Il persiste un léger bredouillement. Les fibrillations musculaires disparaissent.

Le malade se rend compte qu'il a été très mal. Il est un peu honteux de la façon dont il s'est présenté les premiers jours et critique son état. L'amélioration rapide des symptômes à la suite de la suppression de tout barbiturique indique bien que les troubles constatés étaient dus à l'intoxication. De jour en jour, on note une amélioration progressive de l'état mental et neurologique. Dès la seconde semaine de son séjour ici, le malade est à même de penser d'une façon précise, de travailler intellectuellement tout en restant un peu ralenti. La mémoire est de nouveau bonne. Au bout de trois semaines, l'état du malade est très satisfaisant. Il ne persiste plus qu'un léger tremblement des mains. Ce qui frappe, c'est la modification complète de l'état psychique. Si le malade reste encore triste, inquiet à propos de ses conflits émotifs et légèrement dépressif, son état n'évoque plus du tout l'organicité. Lorsqu'il nous quitte, la dépression ayant elle-même cédé, il se sent tout à fait apte à reprendre sa profession, à vivre dans son foyer ; en sa qualité de médecin, il conçoit fort bien ce qu'il y a d'intéressant dans son cas. Sa femme nous affirme qu'il est redevenu ce qu'il était autrefois.

Conclusions. — Nous avons eu bien souvent l'occasion de soigner des malades chez lesquels la notion d'une intoxication barbiturique ne nous avait pas été signalée à l'entrée et ne s'était pas immédiatement présentée à notre esprit. Lorsque la symptomatologie barbiturique est discrète, l'intoxication peut passer inaperçue et si elle est bruyante, comme dans les cas relatés ci-dessus, elle peut faire douter quelques instants de la légitimité du diagnostic d'entrée.

C'est ainsi que, dans le premier cas, l'apparition de phénomènes neurologiques chez une malade manquant de tenue et de sens critique a mis en cause l'exactitude du diagnostic de cyclothymie pure. De même, dans le second cas, on a pu penser à une démence sénile ou à une artériosclérose à son début, avec excitation maniaque. Enfin, dans le troisième cas, on se demandait si une paralysie générale ou une tumeur frontale ne se cachait pas derrière le syndrome clinique.

Certes, la revision des diagnostics s'est rapidement imposée et on a pu rapporter en quelques jours les phénomènes somatiques, atypiques, à leur véritable cause. Dans ces trois cas, l'intoxication barbiturique surajoutée nous avait aiguillés vers des diagnostics de psychose organique. Si on ne voyait des malades semblables qu'en consultation, d'une manière occasionnelle, les erreurs dont nous fûmes victimes pourraient gravement fausser le diagnostic thérapeutique.

Les personnes qui, à leur insu, abusent des barbituriques : dial, médinal, véronal, luminal, etc., sont de plus en plus nombreuses. Elles le font, soit de leur propre chef, soit en prolongeant de façon exagérée une prescription médicale. Ce sont souvent de petits obsédés, des anxieux, des déprimés conscients de leur dépression et qui, voulant lutter contre elle, s'intoxiquent chroniquement avec de petites doses. Dans leur esprit celles-ci sont inoffensives. Au début, ils ont vu leurs symptômes s'atténuer. Ils ne présentent pas, comme les morphinomanes, d'état de besoin et rien ne les avertit de leur intoxication. Au bout d'un certain temps, ils confondent les symptômes dus à celle-ci avec ceux attribuables à leur maladie. Le jour où ils constatent des signes nouveaux, mais légers, ils viennent chez le médecin en mettant de bonne foi sur le compte de leur état nerveux tous les phénomènes de confusion, les troubles de la marche, etc., qui sont la conséquence de la médication barbiturique. Lorsque les symptômes sont plus alarmants : agitation, onirisme, troubles neurologiques, etc., on est tenté de porter un pronostic plus sombre qu'il ne l'est en réalité.

Il est rare que les symptômes soient aussi accusés que dans les trois observations que nous relatons. Bien souvent, les malades ne se plaignent que de troubles physiques plus discrets. Nous croyons que, dans l'ensemble, on peut faire entrer les différents cas que nous avons en vue dans trois formes cliniques :

1° une forme de confusion légère se manifestant le matin, de façon insidieuse, par une obnubilation de la pensée accompa-

gnée de légères difficultés de la parole et de dérobement des jambes ; cette obnubilation disparaît quelques heures après le réveil ;

2° une forme de confusion mentale avec onirisme, agitation, turbulence, désorientation dans le temps et dans l'espace, pouvant en imposer pour une confusion mentale primitive, une bouffée délirante ou un état d'excitation démentielle ;

3° une forme à symptômes neurologiques : dysarthrie, troubles pupillaires, phénomènes pseudo-cérébelleux, s'accompagnant de passivité, d'indifférence, de niaiserie, de symptômes psychiques pseudo-organiques.

La suppression des barbituriques produit, en général, une amélioration considérable et, au bout de quelques jours, tout est rentré dans l'ordre. Quelquefois cependant, les phénomènes se prolongent pendant 3-4 semaines, leur intensité diminuant progressivement.

Il semble bien que toutes les personnes prenant des barbituriques de façon identique n'y réagissent pas de la même manière. Un terrain spécial, une fragilité du système nerveux, paraissent être nécessaires à l'éclosion des troubles. Il appartiendra à la clinique interne de préciser quels sont les éléments qui constituent ce terrain particulièrement vulnérable à l'intoxication barbiturique. D'autre part, si l'on songe aux manifestations si résistantes du rhumatisme gardénalique, on peut se demander s'il ne pourrait pas se produire, à la suite de l'intoxication en question, des lésions non reversibles du système nerveux.

La grande importance qu'a prise à juste titre dans la thérapeutique des nerveux la médication barbiturique doit nous inciter à exiger que la vente de ces médicaments — qui sont loin d'être inoffensifs — ne se fasse que sur prescription médicale et que, comme pour les stupéfiants, les ordonnances ne puissent pas être renouvelées automatiquement.

DE QUELQUES RÉACTIONS ET RÉACTIVATIONS NERVEUSES A LA SUITE DE LA VACCINATION ANTITYPHIQUE

PAR

H. BARUK

L'action de la vaccination antityphique sur le système nerveux est encore mal connue. Elle a été cependant soupçonnée par certains auteurs qui ont appliqué la vaccination antityphique comme méthode de choc dans le traitement de certaines psychoses ou de certaines encéphalites. S'il ne s'agit là que d'essais thérapeutiques purement empiriques et incertains, il n'en reste pas moins qu'il semble que dans certains cas la vaccination T.A.B. puisse déterminer un certain ébranlement, une certaine modification dans le fonctionnement du système nerveux.

Nous avons pu observer dans le service de neuro-psychiatrie B. de l'Hôpital Complémentaire de la Maison de Retraite, à Reims, quelques exemples curieux de réactions nerveuses ou mentales à l'occasion de la vaccination antityphique.

Ces réactions ne semblent pas fréquentes ; sur près de 400 malades hospitalisés dans notre service depuis six mois, nous n'avons recueilli qu'une dizaine d'observations qui méritent de retenir l'attention à ce sujet. Nos investigations ont été réduites, d'une part, par la difficulté dans certains cas d'avoir des renseignements précis sur les dates et la modalité de la vaccination (si celle-ci ne figure pas au livret militaire), d'autre part, par la complexité de certaines observations où plusieurs facteurs entrent en jeu.

Ann. Méd.-Psych., XV^e série, 99^e année, t. II. — Décembre 1941.

Aussi n'avons-nous retenu en définitive que six observations que nous reproduisons ci-dessous.

Nous décrirons tout d'abord les diverses variétés d'accidents nerveux ou mentaux observés. Nous étudierons ensuite leur mécanisme et leurs conditions pathogéniques.

I. Etude descriptive

De ces accidents, les uns ont pris la forme de troubles généraux, névropathiques ou psychopathiques, les autres d'accidents locaux avec des signes neurologiques.

A. — Troubles généraux neuro-végétatifs et confusionnels

Ceux-ci se traduisent soit par des troubles neuro-végétatifs, soit par des crises nerveuses. En voici quelques exemples ;

Obs. I. — *K., 29 ans 1/2.* Bien portant jusqu'à la vaccination antityphique.

Vacciné le 26 novembre 1939 (1 cc. de T.A.B. chauffé). Il s'agit d'ailleurs d'une revaccination, le malade ayant été précédemment vacciné contre la typhoïde le 28 avril 1931 par 1 cc. de lipovaccin, comme en fait foi son livret militaire.

Le malade n'avait présenté aucune réaction à la première vaccination. Cette fois-ci, il ne ressent rien le jour même, mais, dans la nuit qui suit, il ne peut pas dormir, il sent des « battements de cœur », comme le cœur qui se serrerait, comme des « étouffements », en même temps qu'une grande fatigue. Le lendemain, 38°9 : traité, nous dit-il, à l'infirmerie de son Corps par des injections d'huile camphrée qui le soulagent un peu. Reste huit jours à l'infirmerie.

Dès la reprise du travail, de nouveau, fatigue, battements de cœur, céphalée, vertiges (sensation qu'il tourne, de ne plus voir clair). L'examen cardiologique est négatif.

Auparavant, jeune homme robuste, sportif, on ne trouve dans ses antécédents qu'une sciatique à la suite d'un accident d'auto, dit-il ; de temps en temps, toutefois, quelques maux de tête à la fatigue. Marié, un enfant.

Le malade est resté 50 jours dans notre service. L'examen neurologique est resté négatif. Les troubles se sont progressivement calmés et il est sorti en bon état.

A côté de cette observation de manifestations transitoires et bénignes, voici un autre cas dans lequel les troubles neuro-

végétatifs sont restés très persistants et se sont accompagnés de troubles psychiques ayant nécessité une proposition de réforme.

Obs. II. — *Me., 29 ans.* Vaccinè il y a 1 an 1/2 par le T.A.B., injection faite vers 10 heures du matin ; vers 15 h. 30 débutent des frissons, des tremblements qui ont duré la journée et la nuit suivante, aurait eu une fièvre de 40°. En même temps, agitation, confusion, ne reconnaissait plus ses camarades, délirait, lançait ses couvertures.

Revient à lui le lendemain matin, mais il souffre depuis lors de céphalée cervico-occipitale, de vertiges, de tremblement, de nausées, est tombé les jours suivants deux fois sans connaissance (début par violents battements de cœur, sensation d'étouffement, de serrement à la gorge, céphalée, puis crise syncopale).

Le malade n'a pas pu depuis lors reprendre son activité de façon durable. En outre, à plusieurs reprises, il a présenté de véritables accès d'*agitation confusionnelle :* étant en convalescence, s'est relevé une nuit, a couru sur la route en chemise, a buté contre une barricade, et là s'est réveillé brusquement souffrant de la tête et de la colonne vertébrale.

Dans les premiers jours de novembre, un matin, à 5 heures, s'est levé, est parti en chemise, a descendu deux étages. On l'a retrouvé près de la porte d'une cuisine. Ne se rappelle pas bien ces détails, mais il se souvient cependant, qu'à un moment donné, un camarade l'a arrêté et lui a dit : « Tu ne me reconnais donc pas ? » C'est cette crise qui a motivé son hospitalisation.

Antécédents : pas de maladies antérieures, bien portant dans l'enfance, travaillant bien à l'école (jusqu'à 14 ans), ensuite mis en apprentissage, reçu ajusteur, puis entre dans la marine et dans l'armée. Deux frères bien portants.

Durant son séjour dans les services, le malade a présenté surtout :

1° un état asthénique accentué avec troubles *cœnesthésiques* (sensation que son pied devient énorme, impression qu'il va être paralysé, etc...) ;

2° des céphalées persistantes, surtout gêne dans la nuque (poids, lourdeur) ;

3° des troubles digestifs : constipation, et, à un certain moment, douleur abdominale avec léger Mac-Burney ; adressé en chirurgie (service du Docteur Bouvier), où on confirme le point de Mac-Burney, mais finalement n'est pas opéré, après examens complémentaires ;

4° des manifestations paroxystiques pupillaires : brusquement, le malade a présenté sous nos yeux une inégalité pupillaire avec myosis d'un côté et légère rougeur périkératique. Transféré immédiatement en ophtalmologie, ces manifestations ont disparu brusquement et complètement.

En résumé, ce malade a présenté, à la suite de la vaccination anti-

typhique, un état de dépression persistante avec cœnesthopathie et plusieurs accès d'agitation confusionnelle.

Crises nerveuses. — L'observation suivante met en évidence des crises nerveuses post-vaccinales, crises présentant des caractères très voisins des crises confusionnelles.

Obs. III. — *Le G., 23 ans.* Cinq jours avant l'entrée à l'hôpital, le malade est vacciné contre la typhoïde (injection de 1 cc. T.A.B.), le soir 37°8, le lendemain, crise de nerfs. D'après ce qu'on lui a dit, serait tombé, se serait débattu, on lui aurait mis la camisole, la crise aurait duré plusieurs heures durant lesquelles le malade se débattait. Le lendemain, calme ; depuis, simplement fatigué, se rétablit peu à peu.

Mais un an auparavant, alors que le malade faisait son service militaire, il a présenté une crise confusionnelle analogue à la suite encore de la vaccination antityphique.

Pas d'autres antécédents nerveux chez ce malade. Malade toutefois d'apparence fatiguée, pâle et porteur de pityriasis versicolor.

B. — Syndromes localisés

Nous avons observé deux cas de paraplégie, un cas de sympathalgie et un cas très particulier de paralysie récurrentielle.

Paraplégie

Obs. IV. — *R., 38 ans.* Vacciné contre la fièvre typhoïde le 26 octobre (1 cc. T.A.B.), ce malade avait déjà été vacciné deux fois au régiment, notamment en 1922 sans réactions.

Cette fois-ci, l'injection a lieu vers 10 h. 30 ; une heure après, a senti brusquement une faiblesse dans les jambes et s'est affaissé avec tremblements ; en même temps : fièvre, délire, agitation qui aurait duré trois à quatre jours et dont il n'a pas, dit-il, gardé le souvenir.

A son arrivée à l'hôpital, le malade présentait une paraplégie ayant les caractères suivants :

Membre inférieur droit : diminution de la force musculaire, réflexes rotuliens moins forts qu'à gauche, douleurs spontanées, légère diminution de l'excitabilité électrique sur l'ensemble du membre inférieur, notamment sur le sciatique poplité externe.

Au membre inférieur gauche, on note seulement une arthrite du genou, une *exostose ostéogénique du tibia, avec souris articulaire.* Le malade souffrait d'ailleurs de ce genou bien avant la vaccination et même depuis des années (depuis 1924-25), surtout l'hiver et au froid.

A noter enfin chez ce malade une grande sensibilité nerveuse, de l'irritabilité et parfois des vomissements.

En résumé, ce malade a présenté immédiatement, à la suite de la vaccination, d'une part, une radiculo-névrite du membre inférieur droit, d'autre part, une réactivation d'une arthrite ancienne du genou gauche avec irradiations douloureuses de ce côté.

L'observation suivante est également fort complexe et d'interprétation plus difficile.

Obs. V. — *Su., 32 ans.* Ce malade est entré pour une contracture du membre inférieur gauche survenue dans les circonstances suivantes : le 29 novembre dernier, il s'aperçoit qu'il a des ganglions douloureux au haut de la cuisse, il souffre de l'estomac, puis brusquement au cours d'une marche, il tombe par terre et il aurait même perdu connaissance. Revient rapidement à lui et repart en suivant la colonne, nouvelle chûte 3 à 4 km. plus loin ; transporté alors dans une ambulance, puis à l'hôpital.

Ces divers troubles ont commencé quatre jours après la *vaccination contre la typhoïde* (une injection de T.A.B. dans la région scapulaire le 24 novembre), pas de fièvre, simple douleur à l'épaule. A noter qu'il s'agissait d'une revaccination et que, lors de la première vaccination en 1927, il avait eu une forte réaction avec troubles vasomoteurs du visage, semble-t-il).

A son arrivée, le malade présentait une contracture considérable de tout le membre inférieur gauche en extension, comme une attelle rigide qu'on ne pouvait presque pas fléchir. Cependant, les réflexes rotuliens et achilléens étaient normaux. Pas de signe de Babinski ni aucun autre signe pyramidal. Le seul signe que l'on pouvait noter était l'abolition des réflexes abdominaux. Aussi, cette contracture avait-elle été considérée par les médecins des formations où le malade était passé, comme de nature pithiatique possible.

En fait, par le simple effet du repos, cette contracture a disparu progressivement et totalement en quelques semaines. Toutefois, le malade présenta longtemps des malaises multiples et des troubles neuro-végétatifs : céphalée, troubles vaso-moteurs du visage, avec alternatives de rougeur et de pâleur. Une fois, ces malaises furent brutalement réveillés à l'occasion d'une application d'ailleurs très courte d'air chaud sur le membre malade.

Le malade est sorti en convalescence au bout de quelque temps encore un peu fatigué, mais ne présentant plus aucun trouble moteur.

Evidemment, les accidents n'ont fait leur apparition ici que quatre jours après la vaccination antityphique.

On pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence. Il est intéressant cependant de noter la réapparition de trou-

bles vaso-moteurs du visage, comme ceux présentés après la première vaccination, le caractère « fonctionnel » de la contracture, enfin l'extrême sensibilité vaso-motrice révélée par l'air chaud, et se traduisant par des réactions non seulement locales, mais générales (céphalée, etc...).

Le malade présentait, en outre, une abolition des réflexes abdominaux. A un moment donné, on a pu noter quelques secousses nystagmiques, mais qui ont rapidement disparu. A aucun moment, il n'a manifesté le moindre signe ni achilléen, ni pyramidal.

Sympathalgie et œdème angio-neurotique

Même dans ces syndromes neurologiques, la part des réactions sympathiques apparaît très importante.

Dans un cas, nous avons vu survenir, à la suite de la vaccination, une véritable *sympathalgie* du membre supéricur. Le jour de la vaccination, le malade n'aurait ressenti le soir qu'un léger frisson. Quatre jours après, il éprouve d'abord la sensation que la main est très froide ; dans la nuit suivante apparaissent des picotements dans la main, puis la main et les doigts gonflent et sont le siège de *battements et de vives douleurs*. La sensation de battements s'est étendue ensuite légèrement au côté opposé.

Peu à peu, ces troubles se sont amendés en quelques semaines. L'œdème a disparu le premier, la douleur a rétrocédé plus lentement.

II. Etude pathogénique

Nous venons de souligner l'importance dans ces divers accidents des *facteurs neuro-végétatifs sympathiques et vaso-moteurs*. Ces manifestations sont probablement en rapport avec des phénomènes de *choc*. Il faut noter que chez plusieurs de nos malades, les accidents se sont produits à l'occasion d'une revaccination, là où les vaccinations antérieures avaient été bien supportées ou avaient donné lieu qu'à des réactions minimes. On pourrait discuter la possibilité de sensibilisation par les premières injections.

Un autre problème particulièrement important est de déterminer le rôle exact du choc vaccinal. Celui-ci crée-t-il des accidents de toutes pièces ou bien révèle-t-il ou réactive-t-il des méiopragies antérieures ?

Sans généraliser, cette seconde hypothèse semble justifiée

dans un certain nombre de cas. Nous avons signalé plus haut la réactivation d'une arthrite du genou très ancienne.

Chez un autre malade, âgé de 40 ans, et qui avait été victime en 1936 d'un accident de motocyclette avec fracture de l'étage antérieur du crâne, accident suivi de céphalées, vertiges, etc..., la vaccination fut suivie le soir même de l'injection, après la poussée fébrile, de la réapparition de tous les symptômes post-traumatiques qui avaient disparu complètement. Pendant près de deux mois, le malade fut repris de céphalée, de vertiges, d'incapacité, d'effort.

Chez un autre malade, sujet à des lumbagos, à des douleurs lombaires, et d'autre part atteint de débilité mentale, avec hyperémotivité constitutionnelle, la vaccination fut suivie d'une douleur vive à la région lombaire qui fut le point de départ d'une plicature, d'une véritable camptocormie transitoire heureusement. En outre, le malade présenta quelques accès d'onirisme.

Dans un autre cas, après l'absorption le matin du vaccin buccal, le malade fut pris le soir de vertiges, vomissant, puis entra dans un état de stupeur cataleptique qui dura 24 heures et qui guérit. Toutefois, ce malade avait des crises nerveuses depuis de longues années, notamment à l'occasion d'émotions, il en eut une également avec une précédente vaccination en 1927.

Dans les cas de ce genre, on ne peut donc pas, pour ainsi dire, parler d'accidents vrais de la vaccination. Celle-ci n'intervient plus que comme cause occasionnelle banale au même titre que l'émotion chez des sujets préalablement malades et sensibles à n'importe quel ébranlement, même minime.

Paralysie récurrentielle post-vaccinale

Mais l'observation la plus intéressante de celles que nous ayons recueillies est la suivante : paralysie récurrentielle.

Obs. VI. — *L., 34 ans.* Le malade est vacciné le 7 novembre 1939 (injection de 1 cc. de T.A.B. chauffé). Presque aussitôt après, fièvre intense, forts battements de cœur. On lui fait une injection d'huile camphrée, le malade entre aussitôt à l'infirmerie de son corps où il reste 10 jours. Un matin, brusquement, il se réveille enroué, ne pouvant plus causer, trouble de la voix qui persiste ensuite. Evacué, l'examen laryngé fait au premier hôpital où séjourne le malade montre une paralysie du récurrent. Il entre donc dans notre service le 13 janvier 1940.

A son entrée, on note :

1° des troubles de la voix, enrouée et qui s'éteint de plus en plus dès qu'il persiste ou dès qu'il est fatigué ;

2° des douleurs précordiales avec des sensations de « points au cœur », de « claquements » ;

3° un état de fatigue.

L'examen laryngologique pratiqué par le médecin-capitaine Delattre montre une paralysie du récurrent. Nous cherchons alors les causes de cette paralysie.

Un premier examen radiologique montre une transparence des champs pulmonaires et une absence de compression des hiles et du médiastin. Un deuxième examen pratiqué par le Dr Ségal montre par contre des modifications du cœur.

« Cœur couché, thorax ogival, étroit. Il y a augmentation des diamètres longitudinal aussi bien qu'horizontal. Les contours du ventricule gauche sont presque rectilignes ou tout au moins la flèche de l'arc ventriculaire est fortement réduite. La pointe du cœur est déportée et légèrement soulevée. L'ombre de l'oreillette droite dépasse considérablement le bord droit de la colonne vertébrale. Pas de modification de la situation des points D et B.

« Donc, il semble s'agir d'une dilatation à prédominance des cavités droites. L'opacité de l'aorte n'est pas modifiée, pas de dilatation localisée ni sur l'ensemble.

« D. Long. 14,2, horizontal, 14, transversal, 6,1, angle de disparition de la pointe, 33. » (Dr Ségal).

Or, en reprenant l'histoire de ce malade, nous apprenons qu'il a présenté, depuis plusieurs années, des crises typiques de *rhumatisme articulaire aigu ;* depuis deux ans, nouvelle poussée.

Les troubles précordiaux ont commencé, il y a un an, avec gêne respiratoire et, même une fois, syncope chez le coiffeur. Toutefois, les manifestations rhumatismales s'étaient calmées ; depuis juillet 1938, après la vaccination, il n'y a pas eu réveil d'arthrites, mais le malade a vu réapparaître des points au cœur, et surtout une *dyspnée d'effort* qui l'obligeait de s'arrêter dès qu'il marchait un peu vite et qu'on a traitée par l'huile camphrée à l'infirmerie de son corps.

Devant ces résultats de nos investigations, nous avons soumis ce malade à un traitement successif par le salicylate de soude et la digitaline.

L'amélioration fut considérable. Progressivement, les troubles de la voix disparaissaient. Un nouvel examen du médecin-capitaine Delattre, le 19 février 1940, concluait : « La corde vocale droite de ce soldat qui s'était immobilisée au premier examen a retrouvé une partie de sa mobilité. On peut espérer que l'hémi-larynx droit retrouvera une mobilité normale dans un certain temps. »

En somme, on peut penser que la paralysie récurrentielle a été déclenchée chez ce malade à l'occasion de la vaccination anti-

typhique à la faveur de troubles circulatoires et de dilatation cardiaque chez un ancien rhumatisant.

En résumé, la vaccination antityphique peut être suivie de réactions nerveuses ou de réactivations de processus pathologiques antérieurs et paraissant éteints. Ces réactions que nous avons observées ont pu prendre les aspects les plus variés : « paraplégie, radiculo-névrite, confusion mentale, crises nerveuses, sympathalgie, paralysie récurrentielle ».

Ces réactions de réactivation se produisent surtout à la faveur des *troubles vasculaires et neuro-végétatifs* chez des sujets prédisposés, et les faits que nous venons de rapporter montrent un nouvel exemple de l'importance de certaines perturbations vasomotrices dans la genèse d'atteintes du système nerveux.

Ces notions conduisent à effectuer chez les candidats à la vaccination antityphique des investigations relatives à leurs antécédents nerveux ou mentaux et surtout neuro-végétatifs.

Il y a dans ce domaine certaines contre-indications à la vaccination.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 27 Octobre 1941

Présidence : M. Achille DELMAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 28 juillet 1941 est adopté.

Date des séances supplémentaires

Conformément à l'article 1er du Règlement, le Bureau propose à la Société de fixer les séances supplémentaires au *deuxième lundi,* et non plus au deuxième jeudi du mois. Cette proposition est adoptée à l'unanimité des membres présents.

La prochaine séance supplémentaire aura ainsi lieu le *lundi 10 novembre 1941.*

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Barbé, au nom d'une commission composée de MM. Barbé, Maillard et Vurpas, sur la candidature de M. le Dr Witold Aubrun, Médecin Inspecteur des aliénés, Médecin assistant à la Salpêtrière, au titre de membre correspondant national, il est procédé au vote.

Nombre de votants 26
Majorité absolue 13

A obtenu :

M. le Dr Aubrun 26 voix.

M. le Docteur W. Aubrun est élu, à l'unanimité, *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Valeur nosologique des troubles du caractère,
par M. J. Dublineau.

Pour classer les troubles du caractère, on a, tantôt enfermé les individus dans un schéma constitutionnel, tantôt considéré qu'aucun schéma n'est possible, chaque sujet ayant une typopsychologie personnelle. La plupart cependant admettent un point de vue intermédiaire : nous naissons avec un certain nombre de dispositions, de tendances. Chacune emprunte ses traits à ceux des constitutions classiques. Chaque combinaison individuelle réalise une « mosaïque » caractérielle, dont certaines épreuves (tests de caractère par exemple) permettent de décomposer les éléments.

Mais ces dispositions elles-mêmes ont entre elles des points communs. Certains ont été depuis longtemps dégagés. Indépendamment des efforts d'analyse caractérielle, on ne peut que gagner à renforcer l'étude de ces analogies. Elles font en effet rechercher, à des troubles apparemment divers, une base commune très générale, structurale pourrait-on dire. Elles donnent un sens à ces dispositions constitutionnelles. Elles facilitent l'étude des transmissions héréditaires de tendances. Enfin elles ont un intérêt pathogénique et trouvent des applications pratiques dans la pédagogie quotidienne.

N'envisageant ici que le côté psycho-clinique du problème, nous admettons que les dispositions individuelles, en dépit de leur diversité (tout en gardant pour chacune le bénéfice de cette diversité), se groupent autour de deux pôles. Ces deux pôles peuvent être conçus en fonction de la structure affective-motrice élémentaire. Ainsi distinguons-nous un pôle instinctuel et un pôle émotionnel (ou affectuel).

1° Le pôle instinctuel. — De plus en plus on est amené, surtout dans les grandes villes, à interner des sujets sous l'étiquette générale, apparemment banale, de « troubles du caractère ». Cette expression en particulier est d'application courante à l'Infirmerie spéciale près la Préfecture de Police ainsi que dans notre Service spécial de buveurs. Elle indique que dans la majorité des cas il n'est pas possible d'emprisonner le sujet dans une formule caractérielle étroite. Il s'agit de sujets à types paranoïaque, épileptoïde, pervers, souvent hypertendus. On les appelle, faute de

mieux, des « bourreaux domestiques ». En fait, le bourreau domestique constitue beaucoup plus qu'une description pittoresque et qu'un cadre nosologique. Il répond à une véritable entité pathogénique par la signification structurale qui s'y rattache.

Ce qui s'observe chez lui, adulte, s'observe également sous une autre forme chez l'anormal caractériel de 13 à 20 ans, celui qu'on voit dans les Internats pour enfants difficiles ou délinquants. Lui aussi est à la fois un pervers, un paranoïaque, un épileptoïde. On retrouve dans sa lignée, soit des caractères difficiles se rapprochant plus ou moins de l'un des types constitutionnels purs, soit un ou plusieurs cas d'épilepsie franche. Il y a donc bien, entre ces types d'adultes ou d'enfants difficiles, un lien de parenté qu'on ne peut négliger.

Si l'on avait à les caractériser, on pourrait dire d'eux que ce sont essentiellement des dynamiques. Chez eux toute la vie affectivo-motrice est orientée dans le sens du mouvement. L'émotivité, quand elle s'exagère, colore au maximum le fait idéo-moteur, elle le charge d'une vie passionnelle, elle le dynamise. Dans les autres cas, — que l'émotion sous-tende ou non l'idée ou l'acte moteur, — elle devient accessoire par rapport à l'idée ou à l'acte. Dans tous les cas elle leur adhère au maximum. Elle laisse à la logique paranoïaque toute sa rigueur, si même elle ne l'accentue pas. Elle dynamise l'activité perverse. Absente, elle laisse aux velléités antisociales du pervers instinctif tout loisir de s'exercer. Dans les états de ce genre tout est concentration, prolongée ou passagère, sur un but. Ce, qu'il s'agisse de manifestations idéomotrices, affectives ou volontaires. Le sujet agit comme poussé par un instinct qui le domine. Sa logique même le déborde. On peut dire de lui que c'est un instinctuel, un instinctivo-moteur, un sujet à tendances concentratives. Etat passionnel ou paranoïaque, perversions instinctives, épileptoïdie ne sont que des formes particulières d'instinctualité.

2° *Le pôle émotionnel (ou affectuel).* — S'opposant à ces états, figure un groupe, déjà synthétisé de longue date par le Professeur Claude, quand ce dernier réunissait sous le nom de schizoses la psychasthénie, la schizoïdie, les états hystéroïdes ou hystériques. Tous ces états sont centrés sur la notion d'une tendance des fonctions affectivo-motrices à la dissociation. La constitution émotive de Dupré n'est qu'une forme, la plus légère, de schizose. Le tableau de la crise émotive paroxystique n'est pas autre chose qu'un tableau de dissociation psychique transitoire. On dit de ces sujets qu'ils sont des hyperémotifs. C'est vrai, mais seulement

partiellement vrai, car le passionnel instinctuel est lui aussi un hyperémotif. Il s'agit surtout de déséquilibrés de l'émotivité, de *dysémotifs*. L'émotion, chez eux, au lieu de guider, de renforcer l'action, la dérègle, la disloque, la dissocie. Chez tous les sujets de ce groupe, elle déborde le fait idéomoteur. Aussi peut-on dire d'eux qu'ils sont des *émotionnels*, ou encore des *affectuels*, ce qui les oppose aux instinctuels.

Pourtant le déséquilibre émotif, en dépit de sa fréquence, peut n'être pas, chez l'affectuel, le fait prédominant. Il peut être masqué par l'importance du déséquilibre moteur. Avec ou sans participation émotive, ce dernier prend une forme spéciale de turbulence plus ou moins espiègle, qui caractérise *l'instable psychomoteur*. L'instabilité est la forme motrice du type structural émotionnel. Inversement la labilité de l'attention chez l'émotionnel (quel qu'il soit) n'est qu'une forme mineure et larvée d'instabilité psychomotrice. Le caractère dissocié, peu coordonné de l'action chez l'instable explique que ce dernier, quand il se révèle antisocial et peu émotif, soit toutefois moins dangereux dans sa perversité que le pervers instinctif vrai.

En résumé, états dysémotifs, obsessionnels, psychasthéniques, schizoïdes, hystéroïdes, instabilité psychomotrice ne sont que des formes particulières d'*affectualité*.

3° Types structuraux et rythmes psychopathologiques. — Dans chaque groupe d'états, s'observent des formes d'excitation et de dépression. Chez l'émotionnel existent des hypersthénies (anxiété, nervosisme choréïforme, etc...) et des asthénies (psychasthénie simple, neurasthénie, etc...). De même il y a dans les états instinctuels soit des formes hyperactives dont relèvent les types plus haut décrits, soit des formes de passivité avec ralentissement, viscosité, apathie. Formes asthéniques, formes apathiques, peuvent être habituelles ou s'interposer dans le cours de l'évolution d'un état périodique ou paroxystique.

Dans chacun des deux groupes s'observent en effet très souvent des phénomènes périodiques ou rythmiques. Ce ne sont là que des modalités, normales ou pathologiques, des rythmes généraux de la vie.

a) Le type périodique le plus particulier est le type paroxystique. Il se manifeste sous forme de crises, avec intervalles de calme. L'épilepsie (du moins dans ses formes congénitales) peut être considérée comme le type paroxystique de l'instinctualité. L'hystérie est de même, dans ses formes avec crises, le type paroxystique de l'affectualité.

b) D'autres formes périodiques peuvent s'observer. On peut voir des alternances psycho-somatiques : on connaît les alternances de poussées tuberculeuses et dissociatives chez l'affectuel. Chez l'instinctuel, nous avons constaté parfois des alternances d'excitation et de calme avec, durant les phases de calme, apparition d'incontinence nocturne d'urine.

c) Enfin l'existence, surajoutée, de troubles de l'humeur, donne lieu à la constatation des classiques états cyclothymiques. Mais ceux-ci, à la lumière de ce qui précède touchant la structure caractérielle, demandent à être interprétés.

La classique constitution cyclothymique englobe en effet des états très divers. Le terme ne désigne qu'un fait : le caractère cyclique. Fait très général, qui se rattache à la notion, plus générale encore, de rythme vital. L'excitation et la dépression s'adaptent au terrain psycho-structural sur lequel elles évoluent. Dire qu'un sujet est un cyclothymique équivaut donc à énoncer une vérité générale mais partielle : le cyclothymique est, soit de type émotionnel dissociatif (s'y rapportent la plupart des faits de manie dépressive classique), soit de type instinctuel, concentratif (phases d'excitation plus ou moins agressive, — ancienne manie colérеuse, — phases de dépression plus ou moins apathique, visqueuse, hypocondriaque, dépression, elle aussi, agressive et hostile).

4° *L'équilibre caractériel.* — Quel que soit l'état structural en cause, la notion d'équilibre et de mosaïque caractérielle doit persister. Ces tendances sont les *espèces* dont l'état structural est le *genre*. Le caractère et le comportement résultent d'un équilibre entre les forces émotionnelles, plus ou moins dissociatives, et les forces instinctuelles, essentiellement dynamisantes.

La notion de cet équilibre est même essentielle pour la compréhension de certains états, telles par exemple la diversité des crises nerveuses ou la complexité des délires chroniques. L'état structural de l'individu est le fil d'Ariane dans l'étude de ces faits.

Nous ne pouvons développer ici les arguments d'ordre clinique, typologique et physiologique qui nous paraissent justifier la classification structurale ci-dessus. Certains ont été développés ailleurs (1). La présente note précise seulement quelques points. Elle voudrait surtout marquer l'importance clinique des troubles du caractère. Ils se situent à un carrefour. Compris sous le mode structural qui précède, ils permettent chez le sujet normal de

(1) *Evolution Psychiatrique*, 1938.

tracer les grandes lignes d'une pédagogie rationnelle, et chez l'aliéné, de comprendre le mécanisme et le pronostic des dissolutions psychiques.

M. Ach. Delmas. — M. Dublineau vient de poser ici de très amples problèmes qui méritent une discussion approfondie. Mais pour qu'elle soit profitable, il faudrait qu'elle s'accompagne d'une présentation de malades qui lui apportent une base concrète. Nous vous proposons de le faire dans une séance prochaine.

Recherches sur les conditions d'apparition des œdèmes observés à l'asile en période de restrictions alimentaires, par MM. J. Dublineau et L. Bonnafé.

A diverses reprises et dans divers asiles on a signalé depuis le début de l'année l'apparition d'œdèmes des membres inférieurs. Ces œdèmes ont été généralement rapportés à une hypovitaminose. En fait le facteur vitaminique ne nous a jamais paru seul en cause. De toutes façons il nous paraissait important de rechercher les facteurs individuels de prédispositions, cette recherche pouvant conduire, à défaut d'une amélioration du régime, à une amélioration du terrain.

A ce titre on sait combien certains traitements, dans le passé de certains malades, modifient chez ces derniers et l'avenir pathologique et les formules biologiques ; un des cas les plus typiques à cet égard est celui de la syphilis. Un syphilitique antérieurement traité, s'il fait une complication psychique ultérieure, fera, soit une forme fruste, soit une forme à réactions biologiques atypiques ou négatives. L'un de nous a longuement insisté sur ces faits. Si nous les rappelons, c'est parce qu'ils ont été à l'origine des présentes recherches.

Un deuxième élément nous avait frappés chez nos œdémateux, à savoir l'existence chez eux d'une formule sanguine uniforme à type de mononucléose avec leucopénie. Cette formule indique, on le sait, un état de moindre résistance de l'organisme, un état de choc.

Nous avons donc recherché si les œdèmes avaient frappé nos malades indifféremment ou si, au contraire, certains d'entre eux n'avaient pas été prémunis, par exemple, par l'institution antérieure d'une médication tonique ou leucogène quelconque.

Dans le service, qui pour des raisons majeures était jusqu'à

ces derniers temps constitué en Service de psychiatrie générale, 88 cas d'œdèmes ont été observés depuis le début de l'année. Une première série de cas — la plus importante — a évolué entre mars et juin 1941. Elle portait sur 75 malades. Fin août apparut une nouvelle poussée, laquelle comporta une forte proportion de récidives et six cas de première atteinte ; en fin septembre, troisième poussée de cas, se succédant de façon sporadique et intéressant sept malades en première atteinte.

Entre juin et août apparut une épidémie de diarrhée que nous avions crue, primitivement, indépendante des œdèmes. Mais au cours de la reprise des derniers jours d'août, œdèmes et diarrhée coexistaient soit simultanément soit successivement chez les mêmes malades. Aussi sommes-nous actuellement convaincus que les deux ordres de faits sont intimement liés entre eux.

Toutefois nous n'avons retenu dans ce travail que le cas des œdèmes plus faciles à contrôler au point de vue médical.

1. — En ne retenant que les malades présents dans le service au 1er février 1941 ou y entrés depuis lors, nous avons fait le relevé de tous les traitements suivis par les sujets entre le 1er janvier 1939 et ces derniers mois. Nous arrêtions naturellement cette recherche, pour les sujets atteints d'œdèmes, à la date où les dits œdèmes commencèrent à apparaître.

Voici les résultats obtenus :

1° Médications de choc (pyrétogènes ou non) :

a) *Nucléinate de soude :* 22 malades traités depuis août 1940 ; 1 cas d'œdème.

b) *Psothanol* intramusculaire (médication leucogène : 9 malades traités depuis décembre 1940 ; un cas d'œdème chez un schizophrène acrocyanotique (trophœdème). Psothanol intraveineux : 3 traitements. Pas d'œdème.

c) *Autohémothérapie :* 3 malades ; pas d'œdème.

d) *Dmelcos* (Vaccin antichancrelleux) : 1 malade ; pas d'œdème.

e) *Huile soufrée :* 2 malades ; 1 cas d'œdème chez un sujet déjà cachectique de longue date et qui d'ailleurs devait bientôt succomber.

f) *Hyposulfite de magnésium* intramusculaire : 6 malades, pas d'œdème.

g) *Gluconate de calcium :* 4 malades ; 1 cas d'œdème, chez un malade cachectique, mort peu de temps après l'apparition des œdèmes.

2° Médications antisyphilitiques :

a) *Impaludation* : 3 malades ; 1 cas d'œdème (dans lequel l'impaludation remontait à six ans).

b) *Stovarsol :* 23 malades ; 3 cas d'œdèmes, dont un survenu chez un cardiaque en période de décompensation (donc, de pathogénie complexe).

c) *Novarsénobenzol* (réactivation par trois injections : 0,15, 0,30, 0,45) : 3 malades, dont un cas d'œdème.

d) *Bismuth insoluble :* 3 cas ; 1 cas d'œdème. *Soluble :* 7 cas ; pas d'œdème.

e) *Sulfarsénol :* 2 cas ; pas d'œdème.

f) *Acétylarsan :* 3 cas ; pas d'œdème.

g) *Cyanure de Hg :* 1 cas ; pas d'œdème.

3° Médications opothérapiques :

a) *Insuline* à faible dose : 2 malades ; 1 cas d'œdème.

b) *Extrait surrénal* en injections : 3 malades ; 2 œdèmes chez des cachectiques, morts peu après.

c) *Extraits hépatiques :* 10 malades, dont 4 avec œdèmes.

4° Vitaminothérapie :

Vitamine B[1] *:* 8 cas ; pas d'œdème.

5° Médications toniques :

a) *Arsylène :* 1 malade ; pas d'œdème.

b) *Antasthène :* 2 malades ; pas d'œdème.

c) *Cacodylate de Soude :* 4 malades ; pas d'œdème.

6° Reconstituants :

Lécithine : 1 cas ; pas d'œdème.

7° Anti-infectieux :

a) *Salicylate de soude :* 2 cas ; pas d'œdème.

b) *Iodaseptine :* 2 cas ; pas d'œdème.

c) *Urotropine :* 2 cas ; pas d'œdème.

d) *Eucalyptine :* 11 cas ; 2 cas d'œdèmes.

e) *Emétine :* 2 cas ; 1 œdème.

8° Médications cardiovasculaires :

a) *Acécoline :* 7 cas ; pas d'œdème.

b) *Pressyt :* 2 cas ; pas d'œdème.

9° Traitements mixtes :

Dans 4 cas, les sujets avaient eu des traitements multiples : tous quatre étaient de grands malades psycho-somatiques. Tous quatre ont eu des œdèmes.

Commentaires. — Au total, 22 sujets ont fait des œdèmes, sur un ensemble de 157 individus traités. Encore éléminons-nous quelques traitements épisodiques interrompus avant la fin pour des raisons diverses (strychnine en particulier), en notant cependant qu'on ne trouve aucun cas d'œdème parmi ces quelques malades.

Par ailleurs, sur nos 22 cas d'œdèmes, nous relevons sept cas dans lesquels l'œdème fut atypique (dans deux cas il s'agissait

d'une accentuation du trophœdème habituel chez deux déments précoces) ou épisodique (œdème chez un cardiaque dans un cas) ou terminal (trois cas). Par ailleurs, il faut constater que dans sept autres cas il s'agissait de sujets ayant subi des traitements glandulaires. Or, ces derniers figurent parmi ceux où se retrouve la plus forte proportion de sujets atteints ou, si l'on préfère, non immunisés contre l'apparition d'œdèmes ultérieurs (7 cas d'œdèmes sur 15 sujets traités par des extraits glandulaires).

Enfin, dans un des huit cas restants (V... 56 ans), l'œdème est apparu après quelques jours d'hospitalisation chez un neurosyphylitique ancien à la suite d'une ponction lombaire assez traumatisante suivie de fièvre. Tout s'est passé comme si l'œdème était survenu à l'occasion d'une période transitoire de moindre résistance.

Dans le même ordre de faits, nous relevons l'apparition de deux courtes poussées d'œdèmes malléolaires, ayant duré chacune seulement deux ou trois jours, chez un sujet présentant une forme de syphilis cérébrale fruste et n'ayant jamais eu de traitement antérieur. Le malade ayant subi dans le service trois injections réactivantes de novarsénobenzol, l'œdème est apparu à la suite des dites injections. Tout se passa comme s'il avait été transitoirement anergisé dans cette période de réactivation (laquelle s'est traduite d'ailleurs lors d'une ponction lombaire ultérieure par l'apparition d'une hyperalbuminorachie légère).

Un 17e cas concerne un sujet impaludé depuis 6 ans et médiocrement amélioré.

Au total, sur 88 cas d'œdèmes apparus dans le service entre février et octobre 1941, vingt-deux survinrent chez des sujets qui avaient subi des traitements antérieurs, 66 chez des sujets indemnes de tout traitement. Parmi les traitements subis, les traitements toniques, les traitements de choc, les médications antisyphilitiques semblent avoir eu une efficacité préventive plus grande que les traitements opothérapiques.

II. — A titre de contre-épreuve, nous avons fait le bilan, dans le service, à une date déterminée, des sujets ayant présenté des œdèmes, en faisant le relevé de leurs traitements antérieurs. Sur un effectif de 301 malades présents dans le service à la date du 15 septembre 1941, il en restait 62 ayant présenté ou présentant encore des œdèmes. Sur ces 301 malades, on en retrouvait 50 ayant subi antérieurement l'un des traitements systématiques énumérés plus haut.

Dans sept cas seulement, les œdèmes étaient apparus chez des

sujets antérieurement traités. Dans les 55 autres il s'agissait de sujets n'ayant subi aucun traitement antérieur. Encore ces sept cas comprenaient-ils une cas d'impaludation ancienne, un cas chez un sujet traité par extraits hépatiques (dont nous avons vu qu'ils ne figuraient pas parmi les traitements immunisants), un cas d'œdème chez un cardiaque ; on ne relève qu'un cas d'œdème chez un sujet ayant subi antérieurement un traitement de choc récent.

Conclusions. — Il semble donc que le fait, pour les psychopathes hospitalisés, d'avoir subi un traitement antérieur (en particulier un traitement de choc général ou spécifique) ait prémuni ces derniers contre l'apparition ultérieure d'œdèmes. *Tout se passe comme si les œdèmes survenaient sur un terrain anergique.* Les traitements sus-nommés sont en effet des traitements leucogènes et *allergisants.*

Il nous a paru que les diarrhées apparues dans le service constituaient des formes légères, semi-allergiques de la maladie. Les sujets s'alimentant au dehors (travailleurs, etc...), ou spécialement résistants font de la diarrhée. Ils font peu d'œdèmes. L'œdème apparaît souvent comme une complication de la diarrhée.

Sur les œdèmes une fois apparus, de tels traitements n'empêchent pas la récidive, même s'ils sont pratiqués systématiquement dans le but d'éviter cette récidive. Par contre, on peut se demander si, appliqués préventivement chez les sujets présentant des signes d'affaiblissement général, ils n'amélioreraient pas la résistance des individus et n'éviteraient pas l'apparition de nouveaux cas chez ceux qui jusqu'ici ont été exempts d'œdèmes. Même si l'état mental ne devait pas bénéficier de ces traitements préventifs, le souci de la santé générale des aliénés nous a conduits à tenter depuis quelques semaines cet essai de prophylaxie chez nos sujets les plus affaiblis.

M. P. Beaussart. — Depuis le mois de juillet 1941, nous avons poursuivi, avec MM. C. Feuillet et J. Secques, l'observation systématique d'un certain nombre de sujets atteints d'œdèmes de carence, parmi les très nombreux cas qui se sont présentés dans deux services d'hommes. Notre documentation porte à l'heure actuelle sur 19 malades, plus 6 témoins indemnes de toute infiltration. Les examens biologiques s'adressent aux principaux constituants du sang (et notamment les protides, les chlorures et le cholestérol) et aux éliminations urinaires. La composition et le poids de la ration quotidienne étaient déterminés.

De cette étude, dont le détail fera l'objet d'un travail ultérieur, les conclusions suivantes nous paraissent, dès maintenant, se dégager.

1° Ces œdèmes de carence se sont montrés indépendants de tout trouble rénal, cardiaque ou hépatique. Ils ne se sont accompagnés, contrairement aux cas rapportés récemment par MM. Sivadon et Montassut, d'aucun phénomène névritique ni de modification des réflexes.

2° L'hypoprotéinémie est le fait essentiel du syndrome biologique. Elle porte sur sérine et globuline et particulièrement sur la première. Le rapport sérine-globuline est de ce fait abaissé, mais modérément (aux environs de 1 gr. 20) et ne s'est inversé que dans quatre cas.

3° Avec l'hypoprotéinémie, l'abaissement du taux du cholestérol est la modification la plus constante (0 gr. 80 à 1 gr. environ). Le taux du chlore globulaire et du chlore plasmatique est normal (sauf dans deux cas correspondant aux anasarques les plus considérables). Le rapport érythro-plasmatique s'est montré constamment normal. Les taux d'urée et de glucose sanguins, plutôt faibles, sont comparables chez les œdémateux et les témoins. L'élimination urinaire des chlorures et de l'urée ne montre aucune anomalie.

4° Entre hypoprotéinémie et œdèmes, il n'y a pas parallélisme étroit, qu'il s'agisse de leur importance numérique ou de leur évolution dans le temps. La formule protidique est pratiquement inchangée après disparition de l'œdème. Elle demande plusieurs jours pour revenir à des chiffres normaux.

Cependant, cette période de dissociation humoro-clinique semble correspondre à celle pendant laquelle l'œdème disparu en décubitus peut réapparaître par le lever. L'hypoprotéinémie pourrait donc constituer la condition essentielle de l'état œdémateux.

5° La ration alimentaire de ces sujets est à la fois insuffisante et déséquilibrée. Tous les essais de thérapeutique vitaminique ont été inopérants. La carence de protides d'origine animale paraît être la première à incriminer.

6° Cependant un défaut de régime — commun, en fait, à la majorité de nos malades, œdémateux ou non — ne suffit pas à tout expliquer. Il faut sans aucun doute faire une large part aux conditions du métabolisme de nutrition propres à certains malades d'asile. De ce point de vue, il importe de noter que presque tous nos œdémateux sont des chroniques (déments précoces et

paralytiques généraux), vieux internés, gros mangeurs antérieurs et ayant présenté, depuis les restrictions, un amaigrissement particulièrement frappant.

Ces diverses conclusions sont dans l'ensemble en parfait accord avec les travaux récents de MM. Guy Laroche, Bompart et Trémolières et de MM. Gounelle, Bachet, Sassier et Marche. Cependant, l'inversion du rapport sérine-globuline nous semble moins générale que ne l'indiquent ces auteurs. Nous pensons, en outre, qu'à côté de l'hypoprotéinémie, les modifications du taux des lipides sanguins mériteraient peut-être d'attirer l'attention plus qu'elles ne l'ont fait.

M. Rondepierre. — Ayant un service mixte, j'ai pu constater que ces œdèmes de dénutrition s'observent surtout chez les hommes. Cette notion m'a conduit à essayer, en raison des relations aujourd'hui connues, entre les vitamines et les hormones, l'administration (par voie buccale) d'extraits ovariens totaux ; j'ai eu de bons résultats. Par contre, chez une des rares femmes œdématisées, l'extrait orchitique n'a pas eu d'effet.

M. Guiraud. — A la fin de la guerre 1914-1918, on avait observé et publié des cas analogues d'œdèmes par dénutrition. C'est l'ensemble du régime qu'il faudrait pouvoir modifier, en relevant sa valeur alimentaire. Tous les autres modes de traitement sont accessoires.

M. Ceillier. — J'ai suivi avec un grand intérêt la communication de M. Dublineau ainsi que les remarques qui ont été faites par plusieurs de nos collègues. Je pense en effet qu'au point de vue scientifique, il n'y a pas de question plus urgente que celle qui concerne la « carence alimentaire ». Tout ce qui peut nous éclairer sur le détail de cette carence, sur l'utilité plus ou moins grande de certains aliments, sur les causes préservatrices, sur le traitement, présente le plus grand intérêt.

Cependant, il y a un point qui domine tout, c'est la notion « globale » de « carence alimentaire ».

Je me permettrai donc d'élargir le débat et de résumer toute ma pensée en une seule phrase : « *dans certains hopitaux psychiatriques, la ration alimentaire est nettement inférieure à ce qui est nécessaire pour le maintien de la vie.* »

Je pourrais vous citer l'exemple d'un service dans lequel la mortalité du premier semestre de 1938, 1939, 1940 représentait un pourcentage presque immuable de 2,6 à 2,9 0/0. Dans le pre-

mier semestre de 1941, la mortalité y a été de 32,475 0/0, sans qu'il se soit produit ni épidémie, ni maladie particulière et sans que le froid soit en cause, puisque le maximum des décès a eu lieu dans le second trimestre.

M. Gouriou. — La proportion de décès signalés par M. Ceillier est beaucoup plus élevée que celle des asiles de la Seine. Chez nos malades, depuis plusieurs mois on observe des œdèmes qui s'accompagnent d'hypoazotémie. On les trouve aussi chez les femmes : ils me paraissent même plus graves que chez les hommes L'anémie est profonde et peut atteindre 1.800.000. L'association de vitamines (B, PP) et de stryehnine m'a donné des résultats, même dans des cas graves. Il faut y joindre une médication antianémique ; pensant à la carence possible en acides aminés, j'administre un produit qui unit acides aminés et vitamines. Le lait simple, l'huile (sous forme d'huile camphrée), le sucre ne suffisent pas pour remonter les sujets. Il est à noter que la carence alimentaire n'atteint pas que les aliénés et se retrouve dans d'autres couches de la population. La grande quantité de son que contient le pain paraît avoir son importance.

M. Delay. — L'hypoprotidémie, signalée par M. Beaussart chez ses œdémateux, est un fait important. Des modifications biologiques du même ordre ont été signalées dans des cirrhoses alcooliques avec gros œdèmes s'il y avait hypoprotidémie avec inversion du rapport sérine-globuline. D'où contrairement à la thérapeutique classique, le traitement de la cirrhose par la viande à haute dose. On peut se demander si l'apparition des œdèmes n'est pas liée, ici, au manque de viande.

M. Picard. — Le pain ne me paraît pas en cause. Donné à doses suffisantes et même préparé avec des farines anciennes, il n'a pas empêché l'apparition des œdèmes. Je crois qu'il faut attacher de l'importance à la carence en graisses.

M. Soulairac. — Dans un laboratoire où j'ai eu l'occasion de travailler, les animaux ont souffert de carences très prononcées avec morts nombreuses. Dans un lot de souris atteintes, les seules ayant survécu furent les femelles qui avaient mangé leurs petits.

M. Rondepierre. — La situation dans les hôpitaux est-elle la même que dans les asiles ? Y observe-t-on des troubles analogues ?

M. Baudouin. — Il y a naturellement quelques cas d'œdèmes dans les hôpitaux.

Il y a toujours eu, épisodiquement, de grands œdèmes inexpliquables. Il y a quelques années, dans mon service, M. Azérad a fait de nombreuses recherches à propos d'un cas. Le rapport sérine-globuline en particulier a été trouvé des plus variables, et indépendant du taux des œdèmes.

Le problème des œdèmes est extrêmement complexe. Faut-il faire intervenir un trouble dans la pression osmotique des protéines ? Ceux que la question intéresse pourront consulter les rapports tenus lors d'un Congrès de médecine, il y a une dizaine d'années, sur la pathogénie des œdèmes. Il y a là un problème médical et scientifique qui n'est pas résolu.

Pour ce qui est du côté actuel de la question, les malades des hôpitaux sont actuellement mieux nourris que la population civile, du fait du droit de priorité de l'Assistance publique.

M. Laignel-Lavastine. — Il nous faut aboutir à une conclusion pratique. La nourriture, dans les asiles, paraît notamment insuffisante. Il faut étudier les moyens d'y remédier.

M. Georges Dumas. — Pour discuter la question, le mieux serait de réunir la Société en comité secret.

M. le président. — Conformément à l'article 32 du règlement, en raison de l'urgence de la question, je vous propose, au nom du bureau, de constituer la Société en *comité secret.*

Cette proposition ayant été adoptée à l'unanimité par vote à mains levées, la Société se réunit à 17 heures 45, en *Comité secret.*

La séance publique est levée.

La discussion en *Comité secret* prend fin à 18 heures 20.

Les secrétaires des séances,

P. Carrette et J. Dublineau.

Séance du Lundi 10 Novembre 1941

Présidence : M. Achille DELMAS, président

PRÉSENTATIONS

Démonstration histologique de lésions syphilitiques chez un buveur ayant antérieurement présenté une confusion subaiguë de pathogénie complexe, par MM. L. MARCHAND, J. DUBLINEAU, J. DE AJURIAGUERRA, H. DUCHÊNE.

Le 19 juin 1941, au lever des malades du service des alcooliques de Ville-Evrard, était trouvé mort au lit, le nommé B... que deux d'entre nous avaient eu l'honneur de présenter le 8 juin 1939 devant la Société, comme un « cas complexe de confusion récidivante chez un buveur interné ».

Il nous a paru intéressant de compléter son observation pour laquelle, outre des examens bio-cliniques ultérieurs, une étude histologique de l'encéphale a pu être pratiquée.

OBSERVATION. — Rappelons le cas : buveur (vin rouge surtout) avec paludisme ancien, tuberculose peu évolutive mais confirmée par l'existence de B.-K., hypertension, et enfin traumatisme crânien grave survenu entre deux épisodes à type de delirium tremens.

Interné en décembre 1938. On constatait alors : obtusion massive durable, dysarthrie, troubles de l'écriture ; tremblement très marqué ; quelques signes neurologiques discrets (aréflexie achilléenne, inégalité patellaire, etc...) ; hyperalbuminorrachie isolée à 0,80, avec Pandy +, portée à 1 gr. 30 après réactivation.

Evolution depuis le 8 juin 1939 :

1° Régression de l'obtusion intellectuelle, lente mais suffisante pour permettre le travail dès la fin de 1939 et discussion en décembre 1940 d'une sortie conditionnelle. Persistance toutefois d'un certain déficit psychique.

2° Au point de vue neurologique, on retrouve également le faciès de naguère avec fibrillation de l'hémiface gauche, tremblement léger, grosse dysarthrie consciente dont la mère a pu confirmer qu'elle

était d'apparition récente (1938) et non congénitale, comme l'avait prétendu l'intéressé. Par contre, l'écriture s'est progressivement améliorée au point de devenir lisible et peu tremblée.

3° Persistance de l'hypertension artérielle (entre 23/10 et 25/13 au Pachon). Dix injections de 0,10 d'acétylcholine en janvier 1941.

4° De nouveaux examens liquidiens donnèrent les résultats suivants :

a) 3 juin 1939 : Alb. 0,57. Pandy ±. Leucocytes 4.

b) 2 avril 1940 : Alb. 0,50. Pandy ±. Leucocytes 2,4. Réaction de Meinicke ±.

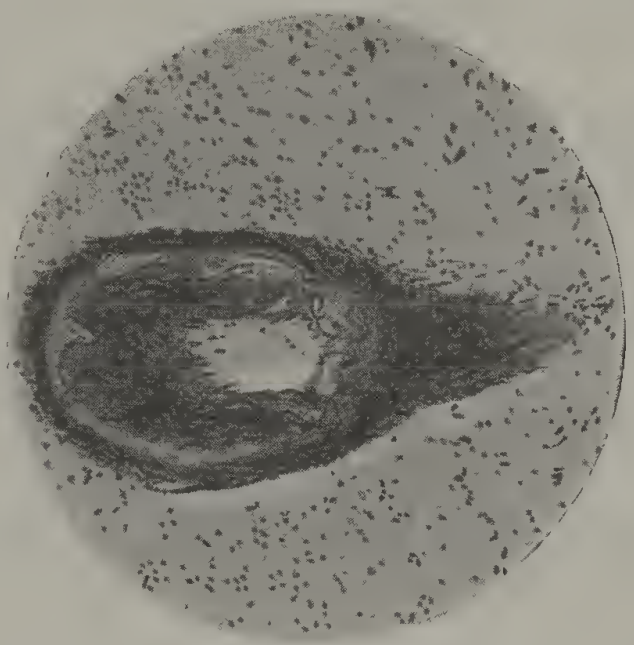


Fig. 1. — 2e frontale gauche. Endartérite et légère périvascularite. Méthode Van Gieson. Diam. 110

c) 5 février 1941 : Alb. 1,50. Pandy ±. Leucocytes 5 (nombreux globules rouges).

Toutes les autres réactions et la tension étaient normales, sauf une déviation dans les deux premiers tubes de droite du benjoin colloïdal. Au total, soulignons, outre l'hyperalbuminose, l'apparition fugitive d'une légère lymphocytose et d'une réaction de Meinicke subpositive.

5° Trois examens oculaires et trois recherches de B.-K. dans l'expectoration furent négatifs.

Les formalités administratives de sortie, retardées par des contingences sociales, étaient en cours, lorsque B. mourut subitement, âgé de 36 ans.

Autopsie : Pas de lésions macroscopiques du foie, du cœur, de l'aorte.

Encéphale : Adhérences des lobes frontaux entre eux à leur face interne. Pie-mère laiteuse et légèrement épaissie à la face convexe des hémisphères. Décortication facile. Ventricules latéraux légèrement dilatés. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. En un point, l'artère basilaire présente un aspect jaunâtre et la même lésion se retrouve sur plusieurs endroits des collatérales. L'hémisphère droit pèse 650 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe pèsent 205 gr.

Examen microscopique (encéphale) : Pie-mère épaissie et adhérente au cortex sous-jacent, principalement au niveau des régions

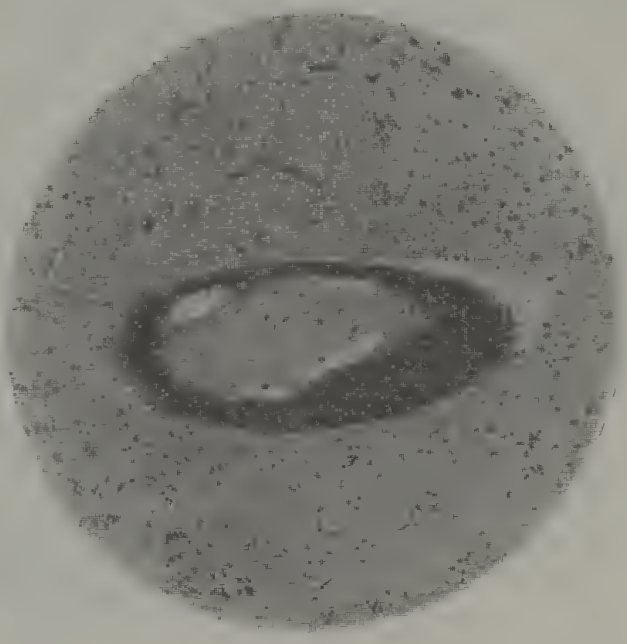


Fig. 2. — Vaisseau intra-bulbaire atteint d'endopérivascularite intense. Méthode Van Gieson. Diam. 110

motrices. Par places, légère infiltration embryonnaire. Suffusions sanguines méningées récentes et pénétration du sang dans la couche moléculaire. (Il s'agit peut-être d'un artéfact produit au moment de l'extraction de l'encéphale de la boîte cranienne.)

Dans le cortex nombreux petits vaisseaux ont leurs parois épaissies et atteintes de dégénérescence hyaline ; légère périvascularite. Au niveau des lobes frontaux, des artérioles ont leurs parois très épaissies, sclérosées et ne renferment plus aucune fibre musculaire (fig. 1).

Sclérose corticale au niveau des adhérences pie-mériennes. Œdème de la substance blanche. Gonflement de l'ologodendroglie.

Les cellules ganglionnaires sont altérées, mais cette lésion est difficile à interpréter en raison de la fixation défectueuse du tissu cérébral. Dans les cellules géantes des régions motrices, les granulations chromophiles sont encore bien apparentes.

Dans les noyaux gris centraux, de nombreux vaisseaux ont leurs parois entièrement calcifiées et certaines ont leur lumière complétement oblitérées. Des artérioles sont atteintes d'endartérite oblitérante.

Dans les couches optiques et le cervelet on ne note rien de particulier.

Dans le bulbe, hémorragies punctiformes dans le plancher du quatrième ventricule. Quelques vaisseaux intrabulbaires sont atteints d'endopérivascularite et certains sont entourés d'un manchon de cellu-

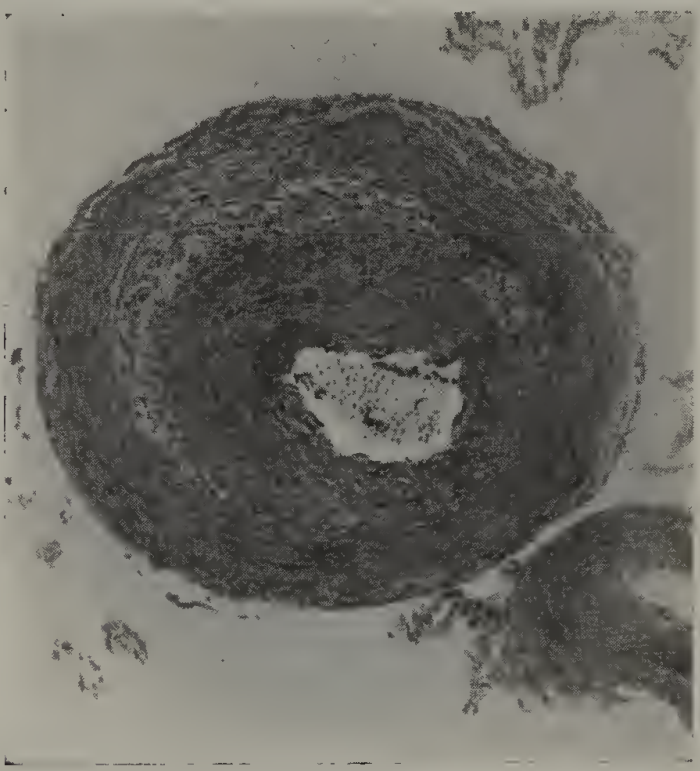


Fig. 3. — Région bulbaire. Endartérite d'une artériole de la base Méthode Van Gieson. Diam. 110

les plasmatiques aussi épais que ceux obervés généralement dans la paralysie générale. (fig. 2).

Sur le plancher du quatrième ventricule, légères élévations névrogliques indiquant le début de granulations épendymaires.

Nombreuses artérioles dépendant de l'artère basilaire sont le siège d'endartérites et certaines sont complétement oblitérées. Les lésions sont très circonscrites. Le tissu oblitérant est formé de lames de collagène renfermant de nombreuses conjonctives ; la membrane limitante interne est complètemen dissociée. Peu de périartérite ; aucune incrustation calcaire. Adventice scléreux. (fig. 3).

Il s'agit d'une prolifération déjà ancienne de l'endartère aboutissant à l'obstruction presque complète des vaisseaux.

En résumé, il s'agit de lésions qui revêtent les caractères des lésions syphilitiques. Elles portent sur l'arbre artériel céphalique et principalement sur le tronc basilaire et ses collatérales (endartérite oblitérante). Elles se présentent par endroits sous forme stabiliséc, par d'autres, plus rares, sous une forme subaiguë (périvascularité intense).

Le texte de la première communication concluait : « L'alcoolisme ne peut suffire à expliquer l'intensité de l'hyperalbuminorachie. Cette dernière a été augmentée par la réactivation novarsénobenzolique. D'autre part, il semble qu'une hérédosyphilis puisse se discutcr chez le sujet (stigmates craniens, polyléthalité collatérale infantile). Enfin l'un de nous, avec Tarbouriech, a insisté sur le possible terrain d'hérédo-syphilis dans l'éclosion de l'alcoolisme subaigu. Toutefois, le rôle du traumatisme reste incertain dans la pathogénèse du deuxième accès. Quant à l'hypertension elle peut fort bien avoir renforcé l'importance du syndrome. Les phénomènes artériopathiques par un véritable cercle vicieux n'ont pu que se trouver accrus par les abus d'alcool s'ajoutant au terrain hérédo-syphilitique probable. »

L'examen histologique apporte une démonstration intéressante de l'existence, chez ce sujet, de lésions syphilitiques.

Néphrite aiguë et troubles mentaux. Persistance des troubles mentaux après guérison somatique, par MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Perrin.

La malade que nous présentons rentre dans le cadre maintenant bien étudié de l'urémie nerveuse. Toutefois, alors qu'il est classique d'observer une évolution parallèle des troubles mentaux et de l'azotémie, les deux s'amendant puis guérissant sensiblement en même temps, dans le cas clinique ici étudié, les troubles mentaux ne s'atténuent que très lentement alors que l'azotémie a depuis longtemps disparu. En outre, l'histoire de notre malade a été marquée par une pyélonéphrite intercurrente dont nous discutcrons plus loin l'importance dans l'évolution des troubles psychiques.

Observation : Lucienne....., âgée de 22 ans, entre le 15 mai 1941 dans le service, où l'un de nous rédige le certificat suivant : « Etat de stupeur avec mutisme et opposition, impossibilité de contact, attitude repliée, les yeux fermés, se défend énergiquement dès qu'on

essaie de la mobiliser. Etat général médiocre, pâleur, déshydratation, lèvres fuligineuses, tachycardie.

« Vient de Nanterre où elle était en convalescence d'un traitement antivénérien à la maison de santé de St-Lazare. A maintenir. »

Et, en effet, il faut mettre l'accent sur le double aspect psychique et somatique de notre malade.

Du point de vue psychique, il s'agit d'une confusion avec stupeur et opposition. Au repos, la malade est inerte, yeux clos, semblant dormir. Elle ne réagit pas spontanément à l'ambiance, se désintéresse de son entourage, ne prête pas attention aux allées et venues dans la salle. Lors de l'examen, Lucienne... manifeste une opposition active à toutes les tentatives d'entrer en contact. Elle ne répond pas aux questions, se cache le visage dans les mains, et se raidit dans cette attitude de défense dès qu'on essaye de la découvrir. Enfin, elle s'oppose aux soins, refuse les aliments, et dès son entrée doit être alimentée à la sonde.

Du point de vue somatique, Lucienne... est pâle, d'une pâleur grisâtre, avec légère hypersécrétion séborrhéique. Ses traits sont tirés ; elle est amaigrie (42 kg.) et présente un état de déshydratation marqué avec sécheresse de la peau et des muqueuses, langue saburrale, hypotonie des globes oculaires. Encore qu'elle gâte, on note une oligurie manifeste. Enfin son pouls est rapide à 120, sa température normale, et même un peu basse à 36°6. L'examen physique est négatif : les appareils cardio-pulmonaire et digestif sont normaux, la gorge est saine, la peau exempte d'éruption.

Tel est l'état de notre malade à l'entrée. Le dosage d'urée sanguine pratiqué systématiquement à l'entrée nous montre, le 17 mai, une azotémie de 3 grammes. On institue alors un traitement de réhydratation par sérum sous-cutané, goutte à goutte rectal, 2 sondes quotidiennes d'un litre d'eau lactosée. Deux jours plus tard, l'azotémie et l'uréorachie sont à 3 gr. 70. La malade gâte, mais dans les urines recueillies par sondage on relève, d'une part, une concentration uréique à 39 grammes par litre, d'autre part, la présence de nombreux cylindres granuleux. La diurèse paraît extrêmement faible et l'on se décide, après beaucoup d'hésitation, à adjoindre au traitement précédemment prescrit des injections intraveineuses de sérum salé hypertonique (60 cc. par jour). Le lendemain l'urée sanguine tombe à 2 gr. 80, la concentration urinaire de l'urée se maintient à 37 gr. par litre. Le 22 mai, l'azotémie est à 1 gr. 67. Dans l'urine, on note la présence de quelques débris de cylindres granuleux et l'apparition d'une pyurie microscopiquee à colibacilles. Les jours suivants, le taux de l'urée sanguine continue à baisser pour atteindre 0 gr. 20 le 28 mai, cependant que la pyurie colibacillaire persiste.

Pendant toute cette période de néphrite aiguë, la malade reste hypothermique. L'état mental demeure sans changement.

Le 30 mai s'installe une hyperthermie d'abord progressive aux environs de 38°, soulignant une augmentation notable de la pyurie

colibacillaire. On note alors un léger empâtement du rein droit avec douleurs dorso-lombaires provoquées du même côté qui font poser le diagnostic de pyélonéphrite. La température est ensuite oscillante entre 37 et 39°7, puis la défervescence se produit sous l'influence d'un traitement par uroformine intraveineuse. Le 13 juin, la température est redevenue normale ; l'azotémie, après une pointe très passagère à 1 gr., se maintient aux environs de 0 gr. 30 et est restée normale jusqu'à maintenant.

Mais l'évolution des troubles psychiques a été bien loin de suivre l'évolution somatique. En effet, malgré l'amélioration considérable de son état somatique, Lucienne... reste longtemps subconfuse et opposante et, pendant près de deux mois, il faut continuer à l'alimenter à la sonde. Elle ne parle pas, ne s'intéresse pas aux visites qu'elle reçoit. Puis, la confusion et l'opposition s'amendent quelque peu, la malade s'alimente, dit quelques mots, le plus souvent des injures grossières et semble parfois présenter un état d'onirisme léger avec hallucinations auditives probables.

Actuellement, notre malade est encore très opposante, répond difficilement aux questions et se dérobe aux tentatives d'entrer en contact avec elle. Mais sa famille et ses amis nous affirment qu'elle les reconnaît parfaitement, s'inquiète du lieu où elle se trouve, des phénomènes qu'elle a présentés, de la date de sa sortie. Elle sort lentement de son état confusionnel mais reste encore inquiète et très facilement désorientable.

Une enquête sur ses antécédents nous a montré qu'il s'agit d'une déséquilibrée, ayant quitté sa famille pour se livrer à la prostitution. Elle présente déjà des tares nombreuses. Elle est syphilitique ; elle a contracté la blennorragie, elle s'enivrait fréquemment et aurait eu des habitudes toxicomaniaques.

Néanmoins, l'épisode psychique actuel est apparu brusquement, sans signes avertisseurs, alors qu'elle était en convalescence à Nanterre, d'un traitement anti-vénérien pratiqué à St-Lazare.

En résumé, notre malade a présenté brusquement un état de confusion avec stupeur et opposition, cependant que l'on relevait chez elle toutes les caractéristiques sanguines et urinaires d'une nephrite aiguë avec azotémie. Nous n'avons pu d'ailleurs mettre en evidence l'origine de cette néphrite. En particulier nous n'avons noté ni angine, ni scarlatine fruste, ni aucune infection locale ou générale. Une enquête à la maison de santé de St-Lazare nous a d'autre part montré le mal fondé d'une hypothèse que nous avions un moment soulevée, celle d'une intoxication médicamenteuse au cours d'un traitement mercuriel ou sulfamidé excessif.

Secondairement est apparue une pyurie colibacillaire transitoire symptomatique de pyélonéphrite droite.

Ces deux affections ont guéri rapidement. Cependant les troubles mentaux ne s'atténuent que de façon extrêmement lente.

Nous rapportons cette observation, d'ailleurs fort banale, uniquement dans le but d'insister sur l'intérêt que présente l'étude clinique et cytobactériologique de l'urine, du sang, et du liquide céphalo-rachidien, pour différencier les cas de ce genre d'avec un délire aigu. Ici, les signes de néphrite sont accusés et précoces, les taux de l'urée dans le sang et le liquide céphalo-rachidien sont parallèles, et les troubles mentaux nous paraissent contemporains d'une modification du métabolisme azoté, indépendante de toute lésion nerveuse. Il ne s'agit nullement d'une azotémie analogue à celle qu'on observe dans le délire aigu et qui comme l'un de nous a essayé de le démontrer expérimentalement semble beaucoup plus en rapport avec une désintégration du système nerveux suivie d'un effet protéolytique secondaire sur l'ensemble des tissus qu'avec un trouble rénal.

L'existence d'une identité des taux de l'urée dans le sang et le liquide céphalo-rachidien tend à démontrer l'origine tissulaire et sanguine de ce dernier. Dans les désintégrations nerveuses importantes au contraire, l'uréorachie, tout au moins expérimentalement, est supérieure à l'azotémie, comme si le transit de l'excès d'azote se faisait du système encéphalo-méningé vers le sang.

Enfin un deuxième point intéressant de l'observation de Lucienne est la persistance des troubles mentaux alors que le métabolisme azoté est redevenu normal.

Pour expliquer cette durée excessive trois hypothèses sont possibles : existence de modifications cérébrales acquises, action d'une toxémie colibacillaire, fragilité antérieure de la personnalité psychique et résonance excessive des troubles mentaux initiaux, contemporains de l'azotémie. C'est à cette dernière hypothèse que nous nous arrêterons. En effet, nous croyons avoir démontré le peu de probabilité de lésions cérébrales définitives. D'autre part, les troubles mentaux ont nettement précédé l'apparition de la colibacillurie, et surtout le contexte clinique fournit, de par l'examen intrinsèque de la psychose et du terrain sur lequel elle s'est développée, de nombreux arguments à cette manière de voir. En effet, nous nous trouvons en présence de séquelles confusionnelles, le maximum du trouble étant contemporain de l'accident initial et Lucienne n'est-elle pas une déséquilibrée constitutionnelle ; or l'on sait la persistance anormale des séquelles d'accidents aigus chez ce genre de malades.

M. Guiraud. — Je pourrais citer le cas analogue d'une malade déshydratée, avec 4 grammes d'urée sanguine. Or l'enquête a montré qu'il s'agissait d'une mélancolie initiale. Le syndrome

organique était une complication et après sa guérison un état mélancolique s'est installé de nouveau. Il importe en présence de ces états de connaître bien exactement le mode de début. On note alors généralement qu'il s'agit d'un état de dénutrition secondaire à un accès psychopathique. Le rein n'est touché que dans les formes prolongées et graves.

M. MARCHAND. — La prolongation des troubles mentaux est logique. Les états organiques initiaux de ces malades ne guérissent complètement qu'après plusieurs mois d'évolution.

M. Ach. DELMAS. — La déshydratation n'est-elle pas secondaire à un état psychique ? Suivis de près, beaucoup de ces états confusionnels, dépressifs, délirants, apparaissent précédés de fatigue, d'insomnie, de refus d'aliments et de boissons. Cela dure quelques semaines, puis brusquement l'état confusionnel éclate, souvent à l'occasion des règles. Le trouble affectif est alors assez spécial, c'est un état mixte qui va évoluer vers l'excitation ou la mélancolie. Le cas des présentateurs et celui que vient d'évoquer M. Guiraud entrent sans doute dans ce cadre.

Forme pseudo-tumorale d'une sclérose névroglique corticale diffuse d'origine alcoolique, par MM. L. MARCHAND et P. COURBON.

Depuis que nous possédons une excellente méthode d'imprégnation pour mettre en évidence d'une façon élective les éléments névrogliques (méthode d'Hortéga), il est possible d'apprécier d'une façon parfaite la prolifération de ces éléments au cours des états pathologiques.

A l'état normal, dans le cortex cérébral, les astrocytes sont surtout abondants dans la couche moléculaire dans la deuxième et la dernière couche corticale, dans la substance blanche.

Dans une communication antérieure (1), nous avons montré que dans certaines formes de démence alcoolique on pouvait observer une prolifération astrocytaire corticale s'étendant sur toute la hauteur du cortex. L'observation suivante répond à cette forme de gliose cérébrale.

(1) L. MARCHAND, P. COURBON et J. CARRIER. — Deux cas de démence alcoolique à marche rapide. Prolifération cérébrale névroglique et mieroglique considérable sans lésions inflammatoires vasculaires et méningées. *Soc. Méd.-Psych.*, 11 mai 1939.

Observation : Mar..., fondeur, interné à l'âge de 39 ans. Le certificat de la Préfecture de Police est ainsi conçu : « Alcoolisme chronique. Etat subaigu. Confusion mentale. Obnubilation. Amnésie. Désorientation. Onirisme. Poursuite par une vingtaine d'individus. Ce matin, à 5 heures, s'est précipité hors de sa chambre en poussant des cris. Anxiété. Au poste, se cachait le visage derrière sa veste. Hébétude. Incapacité de se renseigner. Etat général précaire. Teint plombé. Peau moite. Trémulation (mais peu de tremblement lingual). Pouls 120 » (Dr Heuyer).

Certificat immédiat : « Syndrome de torpeur intellectuelle (murmures inintelligibles) avec déviation du regard à droite, hémiparésie gauche avec de ce côté Babinski, réflexes patellaires exagérés, abolition des cutanés abdominaux, ictus récent. Brûlure ancienne du cou-de-pied gauche. A maintenir » (Dr Paul Courbon).

Le jour même de son arrivée à l'Admission de l'Asile Ste-Anne, Mar... est dans un état de torpeur et n'émet que des mots inintelligibles. Il est atteint d'hémiparésie gauche ; secousses convulsives intermittentes limitées aux membres gauches. Nystagmus avec déviation du regard à droite. Secousses crémastériennes spontanées à gauche. Pas de paralysie faciale.

Les réflexes tendineux sont exagérés du côté gauche. Signes de Babinski à gauche. Pas de clonus du pied. Abolition des réflexes cutanés abdominaux.

Dans la nuit, vers minuit, Mar... a deux crises convulsives violentes et généralisées avec écume et émission d'urine ; leur durée est de dix minutes. Une troisième crise a lieu à trois heures du matin. La température est de 39°6. Le malade reste dans le coma, présentant dans les membres du côté gauche quelques secousses musculaires brusques à raison de plusieurs par minute. Cet état persiste jusqu'à la mort qui survient le même jour, à 18 h. 45.

D'après le peu de renseignements que nous avons pu recueillir, il s'agit d'un ouvrier fondeur en chômage, sujet à des crises mentales d'alcoolisme, n'ayant cependant jamais nécessité l'hospitalisation.

D'après sa maîtresse, avec laquelle il vivait depuis plusieurs mois, il n'était malade que depuis 15 jours. Le matin du jour où on le conduisit à l'infirmerie du dépôt, il s'était précipité dans les escaliers de leur hôtel en criant au secours, se disant poursuivi par des ennemis.

Autopsie. — Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale. Pie-mère adhérente par places au cortex. Les circonvolutions apparaissent déplissées et pâles. Sur coupes la substance blanche est également pâle. Le tissu cérébral est d'une consistance ferme. Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Pas d'athérome des artères de la base.

Au niveau de la frontale et de la pariétale ascendantes droites, la substance corticale paraît épaissie et présente une teinte jaunâtre à son union avec la substance blanche. Pas d'autres lésions localisées.

Aucune lésion du cervelet et du bulbe.

Organes. — Adhérences totales du poumon droit à la plèvre thoracique. Poumon gauche normal. Présence d'un peu de liquide dans le péricarde. Muscle cardiaque flasque ; léger athérome aortique. Dégénérescence graisseuse du foie. Reins et surrénales normaux. Rien de particulier à l'estomac, au pancréas, à l'intestin.

Examen histologique. Encéphale : La pie-mère est épaissie et adhère intimément au cortex ; elle renferme de nombreux histiocytes et par places quelques groupes de cellules embryonnaires.

Altération aiguë des cellules ganglionnaires ; les grandes cellules pyramidales sont globuleuses ; effritement des granulations chromophiles ; les prolongements protoplasmiques sont bien conservés, noyaux et nucléoles normaux. Aucune cellule ne présente la lésion d'Alzheimer. Pas de plaques séniles.

Pas de lésions vasculaires inflammatoires. Les espaces périvasculaires sont dilatés (œdème cérébral. Pas de lésions athéromateuses).

Au niveau de la région motrice droite, épaississement considérable de la bordure névroglique du cortex. Dans les couches corticales, astrocytes monstrueux avec de larges expansions protoplasmiques se résolvant en fines fibrilles formant un réseau serré. Toutes les cellules renferment plusieurs noyaux et la prolifération est active.

Dans les autres régions cérébrales, on note aussi une hyperplasie des astrocytes, mais la lésion est moins prononcée que dans la région motrice droite.

La prolifération névroglique est cantonnée à la couche corticale et la substance blanche reste indemne ; même dans les zones où la gliomatose est la plus accusée.

Dans les noyaux gris centraux, les pédoncules et le bulbe, lésions aiguës des cellules ganglionnaires. Quelques vaisseaux ont leurs parois infiltrées par quelques cellules embryonnaires. Les cellules des olives bulbaires et des noyaux dentelés cérébelleux sont très altérées.

Organes. — Aucune lésion des reins. Dégénérescence graisseuse du foie sans sclérose accusée.

En résumé, il s'agit d'un sujet atteint d'alcoolisme chronique avec accidents subaigus qui tomba rapidement dans un état de torpeur et présenta une hémiplégie gauche et des crises épileptiques. Ces éléments cliniques avaient orienté d'abord le diagnostic vers celui de tumeur cérébrale. La malade succomba avant que nous ayons pu pratiquer les recherches biologiques nécessaires pour préciser ce diagnostic. L'autopsie montra que celui-ci devait être abandonné. L'examen histologique, par contre, décela, outre des lésions cellulaires aiguës, une sclérose névroglique corticale diffuse à marche rapide intéressant principalement la région motrice droite, sans altérations vasculaires inflammatoires, sans athérome. Il s'agit d'une prolifération d'astrocytes adultes ; les cellules se divisent par amitose pour donner naissance à

d'autres cellules complètement développées sans caractères néoplasiques. Les caractères de cette hyperplasie névroglique acquise ne présentent aucune ressemblance avec la sclérose de la maladie de Recklinghausen.

C'est un nouveau cas à rapprocher de ceux que Morel (1) décrit sous le nom de « sclérose laminaire corticale alcoolique », avec cette différence que, comme dans nos cas antérieurs, la gliose est diffuse, se cantonne à la substance grise et s'est traduite cliniquement par un syndrome pseudo-tumoral.

Tumeur cérébrale volumineuse latente (glioblastome) intéressant les deux hémisphères, par MM. L. MARCHAND et P. COURBON.

L'observation suivante est celle d'un nouveau cas de tumeur cérébrale intéressant le corps calleux et les deux hémisphères ; le néoplasme est resté latent pendant tout son développement. Sa présence ne s'est traduite par des symptômes neuro-psychiques révélateurs que quelques jours avant la mort.

OBSERVATION. — La malade Lai..., âgée de 53 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle avec la note suivante de son médecin. Ce sont les seuls renseignements que nous ayons pu obtenir : « Céphalées depuis quelques jours ; syndrome dépressif, état de somnolence. Depuis quelques heures agitation, désorientation dans le temps et l'espace. Le point de départ paraît être l'émotion causée par la maladie de sa mère, atteinte de néoplasie. Réactions sanguines de Bordet-Wassermann et de Hecht négatives. Urée sanguine 0,34 ; ni sucre, ni albumine dans les urines. Aucun signe d'organicité. »

A son entrée, on constate une langue saburrale et sèche, une haleine fétide. Les réflexes tendineux sont normaux. On note un tremblement lingual et digital qui s'exagère par moments et qui est mis sur le compte d'un état hyperémotif. L'état mental est ainsi décrit dans le certificat de placement : « Obnubilation psychique profonde, inertie, immobilité, opposition passive, quelques réponses lentes et imprécises, désorientation, indifférence, difficulté de l'alimentation. Examen neurologique paraissant négatif. Pupilles semblent réagir faiblement. Examen du sang fait au dehors : Urée 0,34. Bordet-Wassermann négatif » (signé : Pichard).

La malade est transférée le lendemain à l'Asile Ste-Anne. Le certifi-

(1) MOREL (F.). — Une forme anatomo-clinique particulière de l'alcoolisme chronique : sclérose corticale laminaire alcoolique. *Revue neurologique*, mars 1939, p. 280.

cat immédiat est ainsi conçu : « Syndrome de torpeur intellectuelle avec hyperréflectivité tendineuse, tremblement intentionnel de la main gauche, astasie, paresse et inégalité pupillaire. Tumeur cérébrale probable » (signé : Courbon).

Il s'agit d'une malade obèse, au faciès vultueux. Elle est incapable de se tenir debout ou même assise, s'affalant aussitôt. Dès qu'elle cherche à se soulever, elle s'écroule. Si elle bouge spontanément, elle tombe du lit. Elle est plongée dans la stupeur, mais acquiesce en souriant à toutes les questions. Elle avale ce qu'on lui présente sans opposition. Paroles peu compréhensibles, mais gestes conformes aux demandes. Elle fait signe qu'elle ne se plaint de rien.

Dès que, sur commande, elle déplace une main, elle le fait d'abord correctement, puis en arrivant au but, la main tremble. Arrivée sur le nez en zigzaguant, la main s'y pose et y oscille de droite à gauche. Le tremblement est plus accusé à gauche qu'à droite.

Les pupilles sont inégales et semblent réagir. L'examen est difficile à cause de l'astasie. Pas de température.

Dans l'après-midi, elle meurt subitement. L'attention ne fut attirée sur elle que par la pâleur du visage et l'arrêt des mouvements incoordonnés décrits plus haut.

Autopsie. — Dans le péricarde, environ une cuillerée à dessert de liquide citrin. Cœur un peu graisseux. Les orifices artériels sont intacts. Pas d'athérome. Poids du cœur 340 gr.

Poumons : quelques adhérences des deux côtés. Aucune autre lésion. Pas d'adénopathie. Poumon droit 500 gr. Poumon gauche 400 gr.

Foie : apparence normale, poids 1.150 gr.

Reins : sont de volume, de consistance et de coloration normaux. Ensemble ils pèsent 520 gr.

Utérus : il a le volume d'une petite pomme, il porte à sa base plusieurs bosselures lisses très dures, de couleur blanc rosé. Il s'agit de fibromes. Aucun ganglion, aucune traînée sur les ligaments larges qui sont souples.

L'ovaire gauche, gros comme un marron, est kystique. Un liquide citrin clair en sort à la section.

Encéphale. — Après ouverture de la dure-mère, les circonvolutions apparaissent tendues, turgescentes ; les sillons sont effacés.

Présence d'une tumeur volumineuse intéressant les parties moyenne et postérieure du corps calleux et les deux hémisphères.

L'hémisphère droit est le plus atteint. La tumeur infiltre les parois du ventricule latéral, détruit la plus grande partie de la couche optique dont elle ne respecte que le tiers interne, elle occupe en arrière les parois du ventricule latéral, forme des bourgeons qui finissent par combler la cavité ventriculaire. Les circonvolutions des lobes pariétal, temporal et occipital, ainsi que la substance blanche qui leur est sous-jacente ne sont pas envahies par le tissu néoformé.

Dans l'hémisphère gauche, la tumeur infiltre les parois de la région antéro-supérieure du ventricule latéral qui est réduit à une simple fente ; elle détruit la partie postérieure de la couche optique.

Aucun foyer hémorragique. Pas d'athérome.

L'hémisphère droit pèse 720 gr., le gauche 655 gr. ; le cervelet et le bulbe 180 gr.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par des cellules de formes très diverses ; les unes ont un cytoplasme très allongé, renfermant un noyau fusiforme et se disposant en faisceaux tourbillonnants ; en d'autres endroits, les cellules sont disposées irrégulièrement ; au milieu d'elles se trouvent des cellules volumineuses, polymorphes, renfermant de nombreux noyaux hyperchromatiques, véritables plasmodes monstrueux. Par places, nombreux vaisseaux à parois adventitielles très épaissies donnant à la tumeur un aspect télangiectasique. Plages étendues nécrosées et formation de pseudo-rosettes de dégénérescence. Dans les préparations traitées par la méthode de Hortéga pour la névroglie, les plasmodes monstrueux à noyaux multiples signalés plus haut se présentent avec de nombreux prolongements fibrillaires; d'autres cellules de petites dimensions sont aussi très riches en fibrilles ; enfin normbreux éléments de forme effilée ont l'aspect de spongioblastes ; les uns sont munis de quelques expansions fibrillaires ; les autres en sont dépourvus.

Comme autres lésions, on note des adhérences diffuses méningo-corticales et par places une encéphalite réactionnelle intéressant surtout les zones sous-corticales au niveau des lobes frontaux ; léger œdème cérébral.

Cette volumineuse tumeur n'a provoqué d'abord que des symptômes confusionnels avec somnolence et céphalée, ce qui explique le placement de la malade dans un hôpital psychiatrique. Aucun symptôme d'organicité n'était manifeste. En quelques heures, sont apparus un tremblement intentionnel des membres supérieurs plus accusé du côté gauche et une astasie abasie extrêmement prononcée ; mort subite le jour même dans l'après-midi.

On reste surpris de la latence d'une tumeur qui intéressait les deux tiers postérieurs du corps calleux, la plus grande partie des couches optiques et les parois des ventricules latéraux. A noter, que le tissu néoplasique a respecté les circonvolutions des lobes cérébraux ainsi que leurs axes blancs, qu'il a proliféré en envahissant surtout les cavités ventriculaires. C'est la seule explication que nous trouvons de sa latence. D'après sa constitution histologique (glioblastome), son développement a dû se faire rapidement.

M. Laignel-Lavastine. — Le tiers antérieur du corps calleux est presque indemne et la tumeur siège surtout à droite ; ce qui explique sans doute l'évolution silencieuse, l'absence des troubles de l'orientation avec amnésie.

A propos d'un syndrome d'affaiblissement à type de paralysie générale avec réactions biologiques négatives, par MM. J. Dublineau et L. Bonnafé.

L'un de nous a insisté à de nombreuses reprises, dans des syndromes plus ou moins typiques d'atteinte syphilitique du névraxe, sur le rôle des traitements spécifiques antérieurs comme modificateurs de la formule liquidienne. Nombre de syphilis cérébrales sont frustes quand elles se produisent chez des syphilitiques antérieurement traités (avec plus ou moins de régularité). Il existe un syndrome d'affaiblissement psychique discret, des signes neurologiques variables et une formule liquidienne et sanguine pratiquement négative. L'état de ces sujets rappelle celui qu'on observe chez d'anciens paralytiques généraux traités par stovarsol ou malaria et partiellement améliorés. Tout se passe comme si les traitements antérieurs avaient agi préventivement avant l'apparition du déficit psychique, de la même façon qu'agissent curativement stovarsol et malaria contre la maladie déclarée.

Mais les traitements spécifiques ne sont pas les seuls à agir de la sorte. Le paludisme endémique, dans nombre de cas, paraît bien avoir une action analogue, et peut-être aussi d'autres affections (typhoïde, anthrax, etc...). Aussi bien l'existence d'un syndrome, même fruste, rappelant la paralysie générale, et même si l'on n'a pas la notion de syphilis antérieure, doit-elle faire poser le problème d'une atteinte cérébro-spécifique larvée, si l'on trouve dans le passé du malade la notion d'une maladie fébrile grave ou d'un traitement de choc important.

C'est un problème de ce genre que pose le cas suivant :

Observation. — L..., 40 ans, peintre-décorateur, entre le 30 avril 1941 pour « Excitation psychomotrice d'allure maniaque. Agitation désordonnée à son domicile. Projection d'objets mobiliers par la fenêtre. Sifflements. Cris. Rires. Déclamations incohérentes. Loquacité décousue. Optimisme délirant. Idées de richesse et de grandeur. M. Gaston lui a donné toute sa fortune. Il possède des centaines de milliards provenant de la récupération de toute la terre. Il est le Chef qui va relever la France et le monde entier. Il va donner à manger à tous. Désordre du comportement : sort dans la rue en pyjama. Prières en public. Violences. Menaces envers sa femme. Turbulence incessante dans le service. Albuminurie 0,36. Appoint éthylique probable. Liquide céphalo-rachidien négatif » (Dr Dupouy).

A l'entrée, même syndrome ; « myosis » et « troubles phonétiques », ajoute toutefois M. Mignot, qui l'observe à ce moment.

Quinze jours plus tard, l'agitation a disparu, mais le certificat de M. Mignot mentionne la « persistance de convictions mégalomaniaques ».

Après une reprise momentanée de l'excitation qui compromet quelque temps l'état général, L... se calme définitivement. Son équilibre semble se rétablir. Il réduit son délire de grandeur, reprend une activité médiocre de peintre (dans laquelle d'ailleurs il se borne à des copies). En fait, l'examen révèle l'existence d'un dépoli certain des fonctions psychiques supérieures et même des signes non équivoques d'affaiblissement. Signes non évidents d'ailleurs, qu'il faut rechercher, mais que traduisent l'oubli de diverses dates familiales, l'incapacité d'effectuer des problèmes simples, etc... Au surplus, L... continue à délirer. Il présente un délire d'influence ; un certain D... veut l'hypnotiser, lui refaire une vie nouvelle. Délire pauvre, asystématique.

Le caractère pathologique de ces faits est rendu plus net encore par : 1° l'indifférence vaguement euphorique du sujet ; 2° sa présentation générale, atone, avec un visage aux traits immobiles, prématurément vieilli ; une élocution spéciale, lente, monotone, comme scandée et empâtée, sans dysarthrie véritable aux mots d'épreuve.

Au point de vue neurologique, peu de chose ; on note, cependant, des réflexes ostéotendineux très faibles et des pupilles inégales (D > G), à contours irréguliers, sans signes d'Argyll. Tension artérielle 15-9 (Vaquez).

Au total, état confusomaniaque avec liquide négatif à l'entrée. (Résultats trouvés à l'Hôpital Henri-Rousselle : Albumine 0,20 ; 1 leucocyte ; Pandy, Weichbrodt, Benjoin, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Tension (assis): 35). Sédation du délire mégalomaniaque, mais persistance d'un délire asystématique d'influence et surtout d'un certain affaiblissement psychique avec présentation démentielle rappelant la paralysie générale, en dépit d'un minimum de signes physiques et de l'absence de toute notion de syphilis.

L'étude des antécédents héréditaires ne permet de relever aucune tare particulière. Lui-même, fils unique, après une scolarité assez irrégulière, a travaillé comme peintre et décorateur. Il se marie à 23 ans, mais divorce, et se remarie peu de temps après, il a 3 enfants (actuellement vivants et bien portants) de sa seconde femme. A aucun moment il n'a présenté de troubles psychiques ou caractériels. L'appoint alcoolique paraît peu important. Par contre, le début des troubles semble bien, d'après sa femme, avoir été progressif à partir des événements de juin 1940 : amaigrissement massif d'une part, état dépressif de l'autre. Tous troubles qui devaient aboutir à son placement

Chez ce dément fruste actuel, on relève en fait une seule notion, mais, à la lumière de ce que nous savons sur le rôle des traitements de choc antérieurs, cette notion est d'importance. L... nous a appris en effet qu'il avait contracté en 1924 une blennorragie

compliquée d'arthrite tibio-tarsienne gauche, pour laquelle il fut soigné par sérum et pyrétothérapie lactée (une injection de lait tous les deux jours pendant 30 jours). Il aurait eu ainsi une quinzaine de très forts accès fébriles.

On peut se demander (et nous nous demandons en effet) si L... n'a pas présenté, à l'époque de sa blennorragie, une syphilis occulte, laquelle se serait trouvée par hasard traitée par pyrétothérapie. On connaît en effet l'action modifiante de la pyrétothérapie par la syphilis primaire et secondaire. La même pyrétothérapie ne serait-elle pas en même temps la cause de la négativité humorale actuelle ?

Certes, ce n'est là qu'une hypothèse. Mais, comme nous l'exprimions au début, elle vaut qu'on s'y arrête. On trouve en effet de plus en plus dans les services des formes d'affaiblissement psychique discret, peu évolutif, avec ou sans notion de syphilis antérieure. Comme, d'autre part, on retrouve rarement, dans le passé des paralytiques généraux avérés, des précisions sur leur syphilis antérieure, l'absence de ces dernières dans les cas que nous envisageons ne peut être invoquée comme un argument de réfutation.

Personnellement, nous croyons fermement qu'avec le développement croissant des thérapeutiques de choc pratiquées à l'occasion des maladies générales les plus diverses, des formules humorales nouvelles se dégageront, plus ou moins modifiées par rapport aux formules typiques anciennes. De plus en plus, on trouvera des formules liquidiennes à signification imprécise. Pour tous ces faits nouveaux, la ponction lombaire paraît, dès maintenant, perdre quelque peu l'importance spécifique qu'il était jusqu'ici classique de lui attribuer.

M. Marchand. — Il n'y a en somme pas de signes de syphilis. On voit de tels syndromes dans les artériopathies cérébrales.

M. Ach. Delmas. — A-t-on le droit de parler ici d'affaiblissement intellectuel ? Cet homme présente peut-être un état de dépression secondaire à un accès maniaque. Les réponses aux tests sont insuffisantes, mais les réactions de « qualité » ont dans ces cas plus de valeur que les erreurs. L'attitude du malade est bien celle d'un déprimé.

La séance est levée à 11 heures 20.

Le secrétaire des séances,
Paul Carrette.

Séance du Lundi 24 Novembre 1941

Présidence : M. Ach. DELMAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 27 octobre 1941 est adopté.

Publication des comptes-rendus de la Société

En raison des restrictions actuelles portant sur le papier, le Conseil d'Administration de la Société médico-psychologique, réuni le 27 octobre 1941, a décidé : 1° de ne plus inscrire à son ordre du jour que les communications et présentations faites par des membres de la Société ; 2° de limiter le nombre des communications et présentations à 5 par séance ; 3° le nombre de pages accordé pour chacune d'entre elles sera de 4 pour les membres titulaires, et de 2 pour les membres correspondants. Aucun dépassement ne pourra être accepté.

Correspondance

La correspondance comprend :

une lettre de M. le Dr W. Aubrun, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le Dr Tison, qui pose sa candidature au titre de *membre correspondant national :* une commission composée de MM. A. Delmas, Heuyer et Carrette, rapporteur, est nommé pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à l'Assemblée générale du lundi 22 décembre 1941.

Election de trois membres honoraires

MM. R. Dupouy, *membre titulaire* depuis 1929 ; Rayneau, *membre titulaire* depuis 1931 ; Raymond Rougean, *membre titulaire* depuis 1931, demandent à être nommés membres titulaires honoraires. Ils remplissent les conditions prévues à l'article 3 des statuts.

Il est procédé au vote à mains levées. MM. R. Dupouy, J.-A. Rayneau, R. Rougean sont, à l'unanimité, élus *membres titulaires honoraires* de la Société médico-psychologique.

Vacance de trois places de membre titulaire

Trois places de membre titulaire de la Société médico-psychologique sont déclarées vacantes. Les candidatures seront reçues jusqu'à la séance du 22 décembre 1941.

COMMUNICATIONS

Paralysie générale observée pendant trois générations successives, par M. X. Abély, Mlle Micucci et M. P. Souriac.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de vous rapporter l'observation de trois paralysies générales constatées dans trois générations successives et dont on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une hérédo-spécificité.

Observation. — Sur le *grand-père*, nous n'avons en réalité que peu de renseignements ; nous possédons cependant cette notion assez nette, qui a frappé la famille et qui a été confirmée par les médecins de cette famille, que le grand-père et le père sont morts de la même maladie. Le fils précise que le diagnostic porté dans les deux cas était celui de paralysie générale.

Nous sommes beaucoup mieux instruits de l'affection du *père* : Celui-ci a été interné en 1913, à l'âge de 46 ans, à Ville-Evrard, pour paralysie générale, certifiée par les docteurs Briand et de Fursac, qui signalent les idées ambitieuses, la dysarthrie, l'inégalité pupillaire avec inertie à droite. Les observations donnent des indications complémentaires. Les troubles psychiques avaient débuté quelques jours après un traumatisme crânien. Le malade avait été renversé par une auto. Il s'était montré d'abord revendicateur, réclamant des dommages-intérêts de plus en plus exorbitants. Par la suite, l'affaiblissement mental était devenu de plus en plus évident. L'excitation psychique, la mégalomanie, les achats inconsidérés avaient signé la nature de la maladie. Le Dr Briand notait que c'était là un type de paralysie générale traumatique.

Il y a lieu de préciser qu'il n'y avait chez le malade aucun indice de syphilis connue et qu'il n'avait offert aucun trouble organique ou psychique avant l'accident. Les certificats soulignaient que le malade présentait des signes physiques notables de dégénérescence. Il s'était marié jeune et avait eu deux enfants, dont une fille aînée morte de méningite à l'âge de 8 ans et un garçon, notre futur paralytique, âgé de 14 ans 1/2 à la mort de son père. Dans les écrits délirants de ce dernier, nous avons recueilli cette phrase, plus tragique que comique

en la circonstance : « Je lègue tous mes droits héréditaires à mon fils, le prince Louis-Albert, futur empereur des Gaules. » Le père est mort en 1914 à Ville-Evrard, un peu plus d'un an après son entrée.

Le *fils*, représentant la troisième génération, avait été toute sa vie un déséquilibré instable, d'ailleurs intelligent et instruit. Fait intéressant, il avait présenté dans son enfance des crises nerveuses et des perversions que la mère, toujours vivante, n'a pas voulu préciser. Chez lui aussi, il n'a pas été possible de découvrir un accident spécifique primaire, secondaire ou tertiaire. J'ai demandé des renseignements précis dans les divers hôpitaux où il a été longuement étudié. On n'a pu établir l'existence d'une syphilis acquise. Le malade, très au courant de cette maladie, et alerté par ses antécédents familiaux, niait tout accident. Il faut ajouter que lors de la maladie du père, une analyse sérologique avait eu lieu et qui n'avait sans doute pas paru démonstrative puisqu'elle n'avait pas été suivie de traitement. A l'âge de 32 ans, à l'occasion d'une diminution de l'acuité visuelle, qui avait évolué très lentement depuis quelques années, un tabès fut décelé, surtout par une sérologie positive. Depuis lors, le traitement fut institué d'une façon intensive et régulière utilisant successivement cyanure, iodure de potassium, huile grise, novar, uclarsyl, tréparsol, bivatol. Les lésions tabétiques n'en ont pas moins poursuivi leur marche lente. Les altérations optiques et médullaires firent des progrès. Il semble cependant qu'après quelques années de traitement, les symptômes oculaires et ataxiques se sont stabilisés. Par contre, sont apparues des douleurs en ceinture, des crises gastriques et des ictus laryngés. Jusqu'au début de 1941, l'état mental ne paraissait pas touché. On pouvait constater simplement un certain optimisme qui n'était pas très justifié chez un sujet très au courant de sa maladie. Fait assez troublant, le malade s'est marié au moment des tout premiers indices tabétiques et la femme a fait, par la suite, deux fausses-couches. Les troubles mentaux ne sont apparus qu'à l'âge de 42 ans, plus de dix ans après le début apparent du tabès. Mais ils ont progressé dès lors avec une grande rapidité. Après une période de dépression survenue au début de l'année, s'est installé au mois de mars un état d'euphorie caractéristique. Le malade ne souffre plus, il va beaucoup mieux, il fait des projets d'avenir. Lorsqu'à la fin du mois de mai nous le recevons, nous nous trouvons en présence d'une paralysie générale évidente. C'est le tableau classique de la maladie au début de la période d'état avec idées de richesse, de vanité, de générosité. En raison de son excitation psychique, du désordre de ses actes, de ses achats inconsidérés, il doit être interné. Dans ce tableau typique, il faut signaler cependant une opposition marquée entre les troubles importants de l'auto-critique et les troubles à peu près nuls de la mémoire. Le malade donne les détails les plus précis sur sa vie, sur sa maladie, sur ses traitements, tout en gardant un optimisme parfait. Au point de vue physique, on note le signe d'Argyll, une dysarthrie légère ainsi que les signes proprement tabé-

tiques. Nous ajouterons que les réactions sérologiques ont été fréquemment pratiquées depuis dix ans. Elles ont suivi quelques fluctuations tout en restant typiques. Les dernières réactions toutes récentes étaient entièrement positives. Le malade est mort après un court séjour, à la suite d'un ictus. M. Guiraud a bien voulu pratiquer l'examen anatomo-pathologique du cerveau. Ses conclusions nous ont apporté quelque surprise. Les voici : « Il s'agit d'une paralysie générale à évolution torpide, dont la réaction inflammatoire semble éteinte en certains endroits. L'ensemble des lésions rappelle l'aspect histologique des paralytiques généraux traités par la malariathérapie. » Cependant, chez ce malade qui n'avait jamais été impaludé, l'affaiblissement psychique, tout en restant modéré, avait pris une allure d'apparence aiguë. En réalité, les lésions cérébrales avaient évolué depuis longtemps, lentement et à bas bruit.

En somme le fait concret de notre observation est la constatation d'une paralysie générale survenue à l'âge adulte, dans trois générations successives. Comment interpréter ce cas ? Y a-t-il là une simple coïncidence ou un enchaînement explicable ?

Il est certain d'abord qu'un fils de paralytique général peut contracter la syphilis et faire comme son père une paralysie générale. Mais déjà ce n'est pas là un fait dénué de signification. Il y a, à coup sûr, chez le fils, une fragilité cérébrale, une dystrophie qui favorise la localisation de la syphilis. Aubry et Cornil, qui ont longuement étudié cette question, estiment que la prédisposition est certaine. Ils citent le cas d'une méningo-encéphalite constatée ainsi dans trois générations avec une précocité progressive. Ils définissent même le paralytique général comme un « syphilitique doublé, c'est-à-dire un hérédo-syphilitique de première ou de deuxième génération contaminé ultérieurement par une syphilis acquise ».

Dans certains cas, on peut aller plus loin et admettre qu'il s'agit d'une véritable hérédité de germe, d'une infection transmise, le malade n'ayant jamais lui-même contracté la syphilis. Sans doute, il est très difficile d'affirmer, chez un sujet de 30 à 40 ans, l'absence de l'accident initial qui a pu fréquemment rester méconnu. Mais il est parfois absolument impossible de déceler l'origine spécifique individuelle. Tel est le cas de vieilles filles, restées vierges, atteintes cependant de méningo-encéphalite. On est bien forcé de songer alors à l'hérédité, surtout lorsqu'on découvre la syphilis chez les ascendants et mieux encore la paralysie générale. Pourquoi écarterait-on systématiquement le diagnostic de paralysie générale héréditaire chez l'adulte ? On tend à admettre beaucoup plus facilement le tabès héréditaire de l'adulte

que l'hérédo-paralysie générale tardive. Cependant lorsque ce même tabès se complique ultérieurement de lésions cérébrales, on est bien obligé de lui reconnaître une origine identique. On sait mieux aujourd'hui de quelle façon insidieuse et à quelle échéance tardive, la syphilis héréditaire est capable de toucher le système nerveux central. Dans son livre le plus récent, M. Marchand écrit : « Il n'est pas douteux que l'hérédo-syphilis peut se manifester tardivement et être à l'origine des syndromes mentaux divers. » Les faits de paralysie générale héréditaire tardive ne sont peut-être pas aussi rares que l'on a cru jusqu'ici. Dans les publications françaises, nous en avons relevé un certain nombre (12 cas d'Edmond Fournier ; 7 cas d'Ameline sur 238 sujets examinés ; 1 cas de Dupouy, Courtois et Dublineau, 2 cas de Targowla et Schiff-Wertheimer. Dans toutes ces observations, il s'agit, il est vrai, de sujets porteurs, dès l'enfance, de tares physiques et intellectuelles graves ; chez eux la paralysie générale est fort atypique en raison du terrain de débilité sur lequel elle se développe.

Le cas que nous présentons aujourd'hui est très différent à ce point de vue ; les tares sont minimes et le tableau clinique est classique. Nous émettons cependant l'hypothèse de paralysie générale héréditaire, que semblent justifier les raisons suivantes :

1° Les stigmates physiques dégénératifs chez le père devaient être très appréciables puisque les certificats les soulignent. Chez le fils, on peut relever la présence de déséquilibre mental, de crises nerveuses, de perversions.

2° Il a été impossible de découvrir, chez les deux, un accident révélant une syphilis acquise.

3° L'évolution des lésions a été latente et fort lente. Chez le père le traumatisme cranien a accéléré un processus essentiellement insidieux. Chez le fils l'affaiblissement intellectuel a revêtu un aspect modéré même lorsque l'atteinte psychique a jeté le masque. Et surtout les lésions cérébrales, ainsi que le démontre l'anatomie pathologique, ont pris un caractère torpide. Il en fut de même d'ailleurs des lésions médullaires qui ont certainement débuté de façon précoce.

Nous ajouterons un détail intéressant : les réactions sanguines syphilitiques pratiquées à plusieurs reprises ont toujours été négatives chez les femmes du père et du fils. Cependant, dans la deuxième génération, la mère a mis au monde deux enfants touchés par la spécificité des ascendants : notre malade lui-même et une fille morte jeune de méningite. L'épouse du fils (troisième génération) a fait deux fausses-couches. Les syphili-

graphes pourraient interpréter de façon diverse cette constatation. Il nous semble simplement pouvoir en déduire le peu de virulence initiale de l'infection spécifique de nos deux futurs paralytiques.

M. Brissot. — J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de paralysie générale chez l'enfant, survenus dans des conditions où il était difficile d'admettre qu'ils aient pu eux-mêmes contracter la syphilis. Tantôt, on assiste chez un débile à un changement de l'état mental : l'enfant devient alors un paralytique général ; tantôt, l'enfant le devient directement, à 9 ou 10 ans, alors qu'il allait jusque-là normalement à l'école.

M. Dublineau. — Outre les cas que M. X. Abély rapporte dans son travail, je puis citer ceux fréquents dans le mémoire que nous avons publié naguère sur les « déments infantiles », avec MM. Heuyer et de Chabert (1) et qui sont également reproduits dans la thèse de M. de Chabert sur le même sujet (2). Y figure en particulier l'observation d'un enfant issu d'une mère manifestement syphilitique, ayant présenté du rachitisme avec cranio-tabès, et devenu paralytique général par la suite, entre 9 ans 1/2 et 10 ans, malgré un traitement spécifique pratiqué entre 18 mois et 2 ans.

La question de la syphilis cérébrale tardive, héréditaire ou autre, se rattache à celle des syphilis frustes, sur laquelle je crois qu'on doit de plus en plus attirer l'attention. Le traitement de la syphilis n'est pas toujours complètement suivi. Par contre, outre qu'il permet la naissance d'enfants viables, qui ultérieurement peuvent présenter des lésions tardives, il modifie très souvent la forme clinique et humorale des syndromes de paralysie générale. Je fais en ce moment dans le service, avec mon interne, M. Bonnafé, le récolement de cas de ce genre : petits délirants mégalomaniaques, à déficit intellectuel minime, à formules biologiques douteuses, qui se présentent comme des formes frustes de syphilis. Syphilis acquise ? syphilis congénitale ? c'est souvent bien difficile à dire, et la ponction lombaire n'aide que rarement, et aidera peut-être de moins en moins au diagnostic de ces cas.

Ce qui vaut pour la démence vaut également pour d'autres syndromes, telle la confusion subaiguë des buveurs dont, avec

(1) Archives internationales de Neurologie, déc. 1934.
(2) Thèse de Paris, Vigot, 1934.

M. Marchand, nous avons publié précisément un cas à la séance clinique de novembre 1941.

M. Guiraud. — Il y aurait intérêt à préciser la notion d'*héréditaire*. C'est la syphilis, et non la paralysie générale, qui est héréditaire. On ne saurait, à ce point de vue, comparer la paralysie générale à la chorée d'Huntington. Quant aux réactions frustes, je pense qu'une réaction est soit positive (même alors qu'elle est dite faible), soit négative. Et si la réaction de Wassermann est négative, les autres réactions n'ont qu'une valeur très relative.

M. Dublineau. — Par réactions frustes, il faut entendre celles qui donnent des résultats atténués dans un ou plusieurs des éléments habituellement recherchés. La nature syphilitique de nombre d'entre elles est démontrée par les réactions analogues observées tant chez les paralytiques généraux impaludés que chez certains paralytiques généraux laissés sans traitement, dont les formules tendent spontanément vers la négativation ou la réaction subpositive.

M. Marchand. — La question à résoudre est toujours la même. Comment se fait la transmission du tréponème à l'embryon ou à l'enfant ? Je crois me rappeler que Levaditi a pu, chez une syphilitique, déceler la présence d'un tréponème dans un ovule. La transmission peut donc se faire par les cellules germinatives; elle peut aussi avoir lieu pendant la vie embryonnaire. La paralysie générale chez un sujet infecté congénitalement peut se faire très tardivement, puisqu'on a publié des cas de paralysie générale survenue quarante ans après l'infection primaire. Je ne fais pas rentrer les cas de paralysie générale par infection congénitale dans le groupe des affections hérédo-syphilitiques : il s'agit de la transmission d'une infection et non d'une altération génotypique.

Quant aux lésions torpides cérébrales décelées dans ce cas, elles sont celles que l'on note souvent chez les tabétiques qui deviennent paralytiques généraux. Chez le malade de M. X. Abély, le tabès a précédé la méningo-encéphalite.

M. X. Abély. — Sur le problème de l'hérédité, il y a, ne l'oublions pas, deux théories en présence, soutenues toutes deux par des syphiligraphes les plus compétents. Le problème ne peut donc être considéré comme résolu dans un sens ou dans l'autre.

Syndrome de jeu dramatique post-émotionnel sur fond de caractère schizoïde. Guérison par la cardiazolthérapie, par MM. A. Brousseau et Gendrot.

Observation. — W., âgé de 28 ans, est envoyé au Service des aliénés criminels et difficiles, le 3 juillet dernier. Le rapport médico-légal, dont les conclusions avaient déterminé une ordonnance de non-lieu, relate les faits suivants : W., objet d'un ordre de réquisition, se montre, dès le 13 mai, jour de son arrivée sur les lieux de travail, insolent, menaçant, constamment prêt à se battre. Le 4 juin l'expert décrit son attitude hostile, agressive, ses propos méprisants ou hautains proférés les dents serrées, son refus de toute camaraderie de travail, sa véhémence et les explosions d'une gesticulation de furieux. M. Micoud le considère comme un paranoïaque en proie à un accès hypomaniaque. Cette conjoncture pouvait, en effet, permettre d'expliquer à la fois ses tendances interprétatives, sa croyance à une hostilité collective et la violence d'insurgé solitaire avec laquelle il se livre à des excès verbaux et gestuels. A l'admission, le Dr X. Abély évoque la possibilité d'un état schizophrénique surajouté et note la puérilité de son comportement ainsi que l'intervention d'un facteur volontaire dans les variations du tremblement digital et du grincement des dents.

A Villejuif, le premier jour, notre malade se présente avec une moue hostile et méprisante, le regard obstinément dérobé, les membres supérieurs semi-fléchis, les poings fermés, bref, dans une attitude de boxeur. Dès que l'on essaie de l'examiner, les poings tremblent et se serrent davantage encore. La mimique de colère et de défi, le port brutal de la tête, tout ou presque tout concourt à exprimer l'imminence d'une fureur agressive. Les mâchoires serrées, il garde le silence et grince des dents. Tous ses gestes sont comme forcés en une attitude ultra-sthénique. Mais il suffit d'une légère insistance pour lui ouvrir les poings, il est possible de constater la tachycardie et bientôt de déceler une plasticité remarquable à toute sollicitation modifiant la position des membres.

Si bien que l'on parvient sans grande peine à s'assurer de l'intégrité des appareils respiratoire et cardio-vasculaire. Il en est de même pour le système nerveux central et périphérique. Les sensibilités superficielles et profondes sont normales, ainsi que les réflexes tendineux ostéo-périostés, cutanés et pupillaires. On ne constate aucune autre perturbation végétative que celles qui entrent en jeu à l'occasion de toute émotion vive. Cet homme bien constitué ne présente aucune anomalie morphologique, aucune trace de traumatisme, de blessure ou d'infection ancienne. Ultérieurement, les réactions de Bordet-Wassermann, de Kahn, de Meinicke, ainsi que l'azotémie ont été trouvées normales.

Au cours de ce même examen, on finit par obtenir des réponses brèves, hargneuses. D'abord imprécises, proférées dents et lèvres serrées, évasives, elles ne marquent cependant aucune confusion ni déchéance intellectuelle, aucun délire caractérisé, mais trahissent avant tout son exaspération d'être tiré de l'isolement où il se retranche. Comme devant le Dr Micoud il proteste de sa misanthropie et revêt une apparence de fier-à-bras promettant de corriger qui l'importunerait.

Le malade est isolé et soumis à une observation quasi-continuelle. S'il est seul et se croit à l'abri de toute indiscrétion, on remarque une détente relative. A peine a-t-il perçu le pas d'un visiteur qu'il reprend, d'une manière stéréotypée, l'attitude que nous avons décrite. Il s'alimente, accroupi, face au mur, le plus loin possible de la porte vitrée, à laquelle il tourne le dos. Il n'y a plus trace de la composante hypomaniaque observée par l'expert. En somme, à toute amorce d'intrusion dans la solitude où il s'est enfermé, il réagit uniquement par une forfanterie de violence, pleine d'outrance et paradoxalement inoffensive.

L'évidence de la dramatisation d'un état effectif de motifs et de structure encore inconnus nous fait espérer qu'il s'agit d'une situation moins foncièrement compromise qu'il n'avait d'abord semblé et nous décidons de tenter la chance d'une thérapeutique de choc. Dès le 7 juillet, soit trois jours après l'entrée, W. reçut sans opposition, comme sans effet, une première injection de 40 cgr. de cardiazol. Le 12 juillet, 50 cgr. n'entraînèrent qu'une pâleur fugace et rien de plus. Le malade garde la même attitude et reçoit fort mal sa femme et sa mère.

L'enquête, menée par l'Assistante sociale, nous éclaire grandement. L'étude généalogique poussée jusqu'aux arrière-grands-parents maternels ne révèle rien de notable. Seule la mère se dit nerveuse et prompte à la colère. Sur quatre frères et sœurs, une sœur aurait, depuis l'âge de trois ans, des crises d'épilepsie et serait de caractère emporté. Elle est mariée, son enfant est bien portant. Une autre sœur est morte d'une infection grippale. Un frère est, à trente ans, célibataire.

Simon W., né à terme, était propre à 14 mois, a marché à 16 mois, parlé à deux ans. Une scolarité régulière s'achève par l'obtention, à 12 ans, du certificat d'études. Il entre en apprentissage dans une école de dessinateurs, en subit avec succès les examens à 16 ans. Depuis, il a toujours travaillé dans une industrie de précision. Le service militaire se passe sans incident.

Enfant, adolescent, on le trouvait gentil, affectueux, mais un peu menteur. Il se plaisait aux lectures professionnelles, sortait peu. Depuis la quinzième année, il était sujet aux maux de tête. On ne lui connut aucune fréquentation féminine avant que sa famille ne le mariât à 25 ans avec une ouvrière travaillant dans la même maison que lui. Sa femme, particulièrement douce et très compréhensive, le

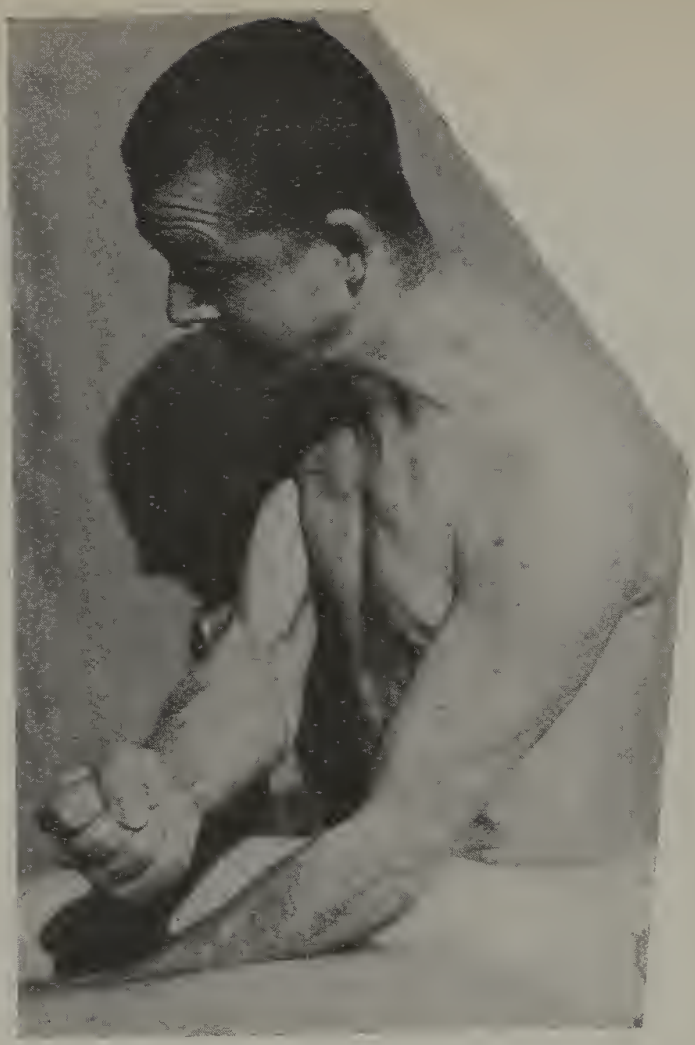
dépeint comme un homme sérieux, sobre, consciencieux dans son travail, très attaché à son intérieur, gai mais émotif « il se frappait facilement », dit-elle.

La guerre survient. Il est mobilisé sur place, requis civil. Lors de l'exode il tente, ainsi qu'il lui est prescrit, de rallier Nantes à bicyclette. Sur la route, il est soumis à des attaques d'avions. Quinze jours après sa famille le trouve très changé. Il dit avoir eu grand'peur et avoir failli se noyer. Il revient toujours sur les bombardements subis. Son caractère s'assombrit, il devient irritable, méfiant, craint qu'on ne lui fasse un mauvais coup dans la rue, dans le métro, qu'on ne veuille l'arrêter pour l'accuser d'espionnage. Il garde la nuit un couteau près de son lit « pour se défendre », suspecte les bruits de l'escalier, « sent » des gens aux écoutes derrière la porte, interprète la T.S.F. dans un sens personnel et défavorable, accuse un ingénieur de la maison où il travaille d'être à l'origine de ces persécutions. Il ne médite aucune vengeance, mais se défendra.

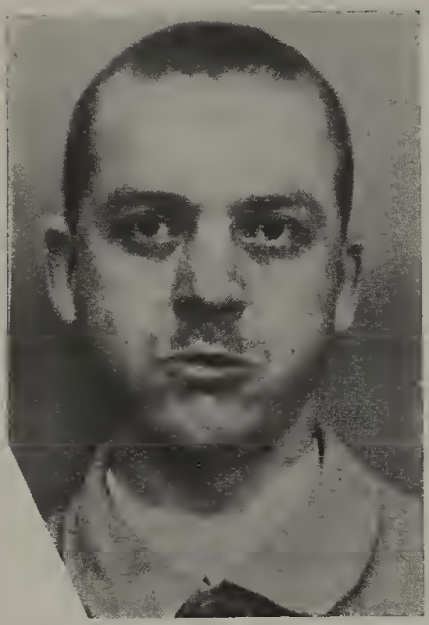
Le sommeil est coupé de cauchemars et de réveils en sursaut. Il est renvoyé de sa place, repris sur les instances de sa femme, enfin en 1940 abandonne de lui-même tout travail. Au début de 1941 il craint d'être empoisonné, fait sa cuisine lui-même, devient hostile à l'égard de sa femme, doute de sa paternité, l'accuse d'adultère avec son patron, menace de l'étrangler, fait une demande en divorce et l'oblige à quitter le domicile conjugal. En même temps on est surpris de le voir enclin à la grossièreté.

Il s'inscrit au chômage. On l'envoie, en mai, dans un camp de travailleurs agricoles. Là il donne de faux renseignements sur son état civil et sa famille, se montre irritable, indiscipliné, n'accomplit qu'irrégulièement sa tâche, devient querelleur, effraye ses camarades avec un couteau, enfin s'en va sans permission passer une journée dans sa famille. Au retour, il est arrêté et incarcéré sous l'inculpation d'abandon de travail.

Le succès obtenu par la thérapeutique convulsivante dans la cure d'un syndrome caractériel lié à des émotions de guerre et que j'ai rapporté ici-même nous engage à poursuivre dans ce cas le traitement cardiazolique. Du 7 juillet au 23 août, le malade reçoit 12 injections, dont 8 généralement à la dose de 70 cgr. provoquent des crises convulsives. L'amélioration se dessine au lendemain de la seconde : après chacune des suivantes un progrès nouveau demeure acquis. Il commence par ne plus dérober son regard, puis il connaît des périodes de détente toujours plus longues durant plusieurs heures ; le 2 août, il constate brièvement : je vais mieux. Bientôt il est susceptible d'un effort qui réduit puis inhibe les reprises de renforcement toniques de l'attitude menaçante retrouvée au sortir de la crise d'épilepsie provoquée. Il reçoit mieux sa mère et sa femme, s'intéresse à l'animation du service, prend place à la table commune. Mais il continue de proclamer son aversion pour toute sociabilité. Le 23 août, nous suspendons la cure. Nous tablons un peu sur la résistance



Attitude de boxeur à tout approche.



Mimique à l'entrée.



Retour à l'état normal
après cardiazolthérapie.

Syndrome de jeu dramatique post-émotionnel chez un schizoïde
(A. Brousseau et Gendrot)

toujours plus vive qu'il oppose aux piqures et nous espérons que dans toute la mesure du possible, il s'efforcera de les éviter désormais. Mais l'état demeure stationnaire.

Le 9 septembre nous décidons de reprendre le traitement. Il l'accepte d'abord difficilement, esquisse quelque geste brutal, et au moment même de l'injection ne peut s'empêcher de crier sa haine. Mais bientôt il arrive à se maîtriser. Le 19 septembre il se borne à serrer les poings. Le lendemain il est calme, et souriant. Son visage n'exprime plus que de la reconnaissance, et l'espoir d'une sortie prochaine.

Devant ces progrès et son extrême bonne volonté à tendre tout son effort pour se dominer, nous nous engageons, s'il tient pendant 8 jours, à lui épargner la sixième injection de la seconde série. Sa joie est grande ; la détente est complète. Il ne manifeste plus qu'un désir net de fréquenter le moins possible les autres malades, et une aversion nouvelle apparaît : celle de la couleur rouge. Ce trait nous paraît en rapport avec ses convictions anticommunistes, et la seule violence qu'il ait vraiment commise le corrobore : il frappe un jeune pédéraste professionnel qui, pour le narguer, lui fredonnait l'*Internationale*.

La sortie est proposée le 13 octobre. Elle n'est accordée que le 9 novembre. La manière patiente dont il supporte cette attente nous donne la mesure de sa guérison. Il demeure aimable, obligeant, confondu en manifestations de reconnaissance. Notre assistante sociale vient de lui rendre visite. Elle l'a trouvé dans les mêmes dispositions, en pleine activité ménagère. L'horreur du rouge a disparu.

En résumé, grâce à deux séries de convulsions provoquées par le cardiazol, il nous a été donné de réduire d'une manière progressive et totale, un syndrome peu fréquent, consécutif à des émotions vives éprouvées au cours de l'exode.

Il nous reste à justifier le titre de cette communication. Qu'il s'agisse d'un schizoïde, son histoire en fait foi. Les périls de guerre courus sur des routes mitraillées et bombardées, ajoutant leurs effets à ceux d'une rumination pénible des malheurs de la France, ont raison de l'organisation de compromis instituée jusque là entre sa vie affective étroitement familiale et les contacts inévitables avec son milieu. La crainte anxieuse, née de la terreur subie, fausse les rapports familiaux et sociaux. Ses interprétations, son orgueil, son opposition solitaire farouchement exprimée, ne permettent plus qu'il s'ajuste à des conditions nouvelles. En fonction de son caractère, de son désarroi émotif et de son inadaptabilité, il se défend par une conduite hargneuse, négatrice, stéréotypée et durable. Il le fait sous l'aspect clinique que nous avons cru pouvoir qualifier de « syndrome de jeu dramatique ».

On lui trouvera certes quelques différences avec les caractères assignés par Paul Schiff au syndrome de jeu. On y constate moins de variabilité, mais bien plutôt, sous-tendant les renforcements toniques d'apparence volontaire, la constance d'une attitude de défense et de rébellion. De même, au lieu d'un manque d'opiniâtreté s'impose une ténacité dans le rappel indéfini, sous la moindre cause, du complexe gestuel stéréotypé.

Mais si l'on se reporte à la description initiale du syndrome de jeu, on voit qu'elle a été tirée de faits où dominait le caractère gratuit d'un amusement morbide paraissant porter en lui-même sa propre fin. Ici par contre, nous avons affaire à un jeu dramatique et chacun sait, par l'expérience du théâtre, combien ce mode tire d'effet de la manière soutenue avec laquelle il peut être produit. Dans nos cas, le caractère schizoïde, l'intelligence à peine moyenne accentuent, dans ce sens, l'expression verbale peu variée et les stéréotypies motrices.

Mais du syndrome de jeu, nous retrouvons chez notre malade le trait fondamental, à savoir : l'existence simultanée d'une affirmation et d'une négation. Tout l'appareil de la violence est exalté à tout propos, au point d'imposer le sentiment d'une imminence d'agression furieuse. Et, pendant les dix semaines où nous l'avons observé, ce potentiel d'attaque, cette tension organisée de tout l'être vers la brutalité et le défi, ces renforcements toniques démesurés et superflus, jamais ne se résolvent en action efficace. C'est en cela que pour nous réside ce jeu dramatique qui dès le premier jour tenait toute la scène.

Alcoolisme chronique et syndrome hébéphréno-catatonique (Considérations à propos d'une observation clinique), par MM. A. Soulairac et S. Jouannais.

Des travaux récents ont paru sur la question des délires chroniques des alcooliques, et en particulier, la thèse de P. Neveu (1). Le fait qu'un syndrome hébéphréno-catatonique puisse rapidement remplacer une psychose alcoolique typique soulève encore actuellement suffisamment de problèmes non élucidés pour que nous ayons cru intéressant de publier l'observation suivante, qui est particulièrement caractéristique :

(1) Paul Neveu. — Les délires chroniques des alcooliques (Essai clinique et pathogénique), *Thèse* de Paris, 1939.

Observation. — M. S..., Gaston, 38 ans, charpentier, entre en novembre 1938 dans notre Service de l'Hôpital psychiatrique d'Armentières. Il présente un état d'excitation confuso-onirique, avec idées délirantes polymorphes : nombreuses idées de jalousie à l'égard de sa femme, s'accompagnant de menaces imprécises — pantophobie anxieuse à prédominance nocturne — désordre des actes et réactions motrices violentes. L'onirisme terrifiant est à la fois visuel et auditif.

L'examen somatique révèle un état subictérique net, principalement au niveau des conjonctives. Le foie n'est pas augmenté de volume mais est douloureux à la pression. L'examen neurologique ne révèle aucune anomalie.

Les examens de laboratoire donnent les résultats suivants : les selles sont normales, la recherche des acides biliaires et de l'urobiline est positive dans l'urine. Pas d'albuminurie ni de glucosurie. Les examens biologiques du sang sont négatifs pour les réactions spécifiques. L'azotémie est à 0,35. Le liquide céphalo-rachidien est subnormal ; albumine 0 gr. 22 ; cytologie 0,4 élément par mm^3 ; Pandy négatif ; Wassermann négatif. Seul le benjoin colloïdal est légèrement anormal : 00002.22222.00000.0.

Les renseignements que nous transmet la famille apprennent que six mois auparavant le malade a présenté des accidents gastriques, avec vomissements fréquents. D'autre part, il se livrait habituellement à des excès de boisson (bière, apéritifs, alcools) depuis plusieurs années ; il n'avait jamais présenté le moindre signe de dérangement mental : c'était un excellent ouvrier artisanal et un très bon père de famille. Aucun antécédent héréditaire n'est noté.

Le diagnostic alors posé est celui de délire alcoolique subaigu type Lasègue. Cet état d'agitation s'amende assez rapidement, mais malgré le sevrage, une thérapeutique de désintoxication associée à la strychnothérapie et à la B1-vitaminothérapie, l'état mental ne s'améliore pas. Il s'installe bientôt un état de mutisme à peu près complet. Les réponses se font par haussements d'épaules et clignements de paupières. L'alimentation devient difficile et, à plusieurs reprises, le malade doit être alimenté par sonde œsophagienne. Tout effort intellectuel se montre impossible et traduit le désarroi psychique du malade.

Cependant, vers le mois d'avril 1939, le mutisme régresse. L'alimentation redevient régulière, mais on assiste alors à une évolution rapide vers un état de dissociation psychique complète.

En mai 1939, dix mois après son internement, le malade est indifférent, inattentif, désintéressé du réel. Le contact psychique entre le malade et le médecin est à peu près impossible, et les réponses sont inadéquates, baroques, accompagnées de sourires immotivés. Quelques stéréotypies verbales et gestuelles sont apparues. Un certain degré d'opposition et un négativisme fruste apparaissent à chaque instant de l'examen. Vis-à-vis de sa famille (mère, femme et huit enfants) le

malade manifeste une indifférence affective totale. On note également la persistance des attitudes imposées.

En résumé, le malade présente un tableau clinique tout à fait typique d'hébéphréno-catatonie.

Il est à noter que, en juillet 1939, le malade a présenté de nouveau un léger syndrome subictérique, qui s'amenda en trois semaines environ, mais il n'est survenu aucune modification des troubles mentaux depuis cette époque.

L'origine toxique de la maladie est absolument évidente et aboutit, en six mois à peine, à un tableau classique d'hébéphréno-catatonie. La thérapeutique habituelle des psychoses alcooliques n'a donné aucun résultat et n'a pu empêcher une évolution chronique extrêmement rapide. Les seuls troubles d'atteinte nerveuse consistaient en un très léger élargissement de la zone de précipitation du benjoin colloïdal. Nous avons déjà précédemment attiré l'attention sur l'importance de ces réactions du liquide céphalo-rachidien dans l'évolution des psychoses alcooliques. Le malade ne présentait par ailleurs aucun antécédent psychopathique et jusqu'à la veille de son internement avait un équilibre psychique tout à fait normal, ainsi qu'en témoignent son activité artisanale et sa conduite familiale.

Nous nous trouvons donc devant un cas d'alcoolisme subaigu ayant rapidement évolué vers un état absolument typique de dissociation mentale, qui, sans l'anamnèse, serait très difficilement rattaché à une origine toxique. Des cas analogues ont déjà été décrits, rappelons en particulier les observations de Capgras et Morel, de Vigouroux et Pruvost, de Soukhanof, de Privat de Fortunié, plus récemment deux observations de la thèse de Nguyen-Duy-Muon et l'observation XIII de la thèse de P. Neveu. Il semble cependant, à la lecture de ces observations (mise à part celle de Neveu), que le syndrome mental considéré se rapprochait plus de la démence paranoïde que de la véritable hébéphréno-catatonie. L'évolution en était plus longue et le malade conservait une activité délirante assez notable.

Notre observation se distingue donc de ces dernières par plusieurs points : l'évolution rapide et le syndrome mental terminal. Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher par certains points notre malade des observations de catatonies alcooliques. D'autre part, il nous semble normal d'admettre chez notre malade comme facteur étiologique de l'hébéphréno-catatonie, l'intoxication alcoolique. Cette question de l'étiologie de la démence précoce reste l'une des plus complexes et des plus discutées de la

pathologie mentale. Il est donc intéressant d'ajouter, chaque fois qu'il est possible, des documents cliniques s'y rapportant.

Nous voudrions également, à propos de ce cas, rappeler que le syndrome mental doit être considéré avant tout comme une réaction générale de l'organisme à un processus toxi-infectieux, tel l'alcool, ou à un déséquilibre fonctionnel, telles les dysendocrinies. La nature même du trouble mental est sans doute fonction de causes très nombreuses, encore mal élucidées, et il faut en premier lieu tenir compte du « terrain », notion encore si imprécise. D'ailleurs, la question n'est point résolue de savoir si l'alcool agit par lui-même comme agent toxique, ou bien s'il n'est pas simplement le promoteur de déséquilibres organiques plus ou moins complexes, dont certains déséquilibres vitaminiques semblent être un exemple. L'alcool, dans notre cas, a-t-il été la « pierre de touche » révélatrice d'une déficience mentale latente (rien ne nous permet de le supposer), ou, au contraire, est-il le facteur efficient de la psychose ? Une grande partie du problème réside dans ces questions encore non résolues, et, c'est pourquoi nous avons cru intéressant de rappeler, au sujet de notre malade, combien d'inconnues subsistent devant le polymorphisme de l'alcoolisme chronique.

M. Marchand. — Les états démentiels survenant chez les alcooliques sont rares. Cette intéressante communication est à rapprochr de celle que j'ai rapportée ici même il y a une dizaine d'années (1). Il s'agissait d'une femme de 38 ans, grande buveuse de vin depuis de nombreuses années, qui fut atteinte d'abord de psychose polynévritique. Tandis que les phénomènes paralytiques disparaissaient, l'état mental évolua vers la démence et le syndrome prit la forme de la démence précoce. C'est ainsi que plusieurs années après le début des troubles mentaux, on notait de l'incohérence du langage, de la discordance, la perturbation des sentiments affectifs, des stéréotypies, des impulsions violentes, du gâtisme avec coprophagie. Cette malade était jumelle et son frère était atteint d'imbécillité. Aussi, pour expliquer l'évolution différente des deux syndromes neurologiques et mental ayant une même cause étiologique, j'invoquais une prédisposition spéciale du cerveau de la malade.

M. Ach. Delmas. — Les séquelles de l'alcoolisme sont un peu complexes. A côté des formes que M. Marchand a décrites, il

(1) Société Médico-Psychologique, 15 janvier 1931.

existe des formes paranoïdes d'origine alcoolique. J'ai fait faire jadis à mes internes deux thèses sur la psychose hallucinatoire chronique post-alcoolique. Le cas qui nous est rapporté aujourd'hui apparaît comme assez exceptionnel, puisque l'hébéphrénocatatonie est apparue de suite après l'alcoolisme subaigu.

M. Marchand. — E. Dupré dans son travail, avait décrit la transition des trois états : accès subaigu, psychose de Korsakoff, état démentiel.

M. Ach. Delmas. — Oui, mais il y avait précisément entre le stade alcoolique et le stade de démence le stade de Korsakoff.

Par ailleurs, je souligne comme remarquable le fait que dans l'observation d'aujourd'hui, le syndrome hébéphrénique soit apparu après un seul accès subaigu. D'ordinaire, la complication ne se manifeste qu'après trois, quatre, plusieurs accès subaigus.

M. Soulairac. — Notre sujet avait été, d'autre part, rigoureusement normal jusqu'alors.

Psychose hallucinatoire d'allure chronique consécutive à une transfixion cranio-cérébrale par balle (Tentative de suicide à la suite d'un meurtre passionnel), par MM. Beaussart et G. Heuyer.

Nous rapportons l'observation d'un malade actuellement hospitalisé dans le service de l'un de nous et qui a pu être suivi au point de vue psychiatrique depuis la tentative de suicide qu'il a faite après avoir commis un meurtre.

Observation. — Le nommé G..., âgé de 34 ans, a tué son amie, la femme N..., Lucienne, le 30 juin 1939, d'un coup de revolver. Immédiatement après, il a tenté de se tuer en se tirant un coup de revolver dans la tête ; la balle, entrée dans la région temporale droite, a traversé le crâne de droite à gauche, par la loge frontale. Le blessé a été transporté aussitôt, dans le coma, à l'hôpital Bichat, et la balle, qui était superficielle à la région temporale gauche, y fut extraite sur-le-champ. G... est resté dans le coma pendant 6 ou 7 jours avec une protrusion oculaire bilatérale et un pouls ralenti à 40. On lui fit deux ponctions lombaires, l'une le 30 juin, qui a donné un liquide hémorragique, l'autre le 8 juillet, qui a montré une réaction leucocytaire : 10 éléments par mm^3, et 0,56 d'albumine. L'examen des yeux, fait le 3 juillet, a révélé un hématome orbitaire avec compres-

sion des nerfs optiques. Un deuxième examen, le 17 juillet, a montré une inégalité pupillaire, l'absence de section des nerfs optiques et une vision conservée.

A ce moment, quand l'un de nous l'a examiné à l'hôpital Bichat, le 20 juillet, G... avait recouvré la conscience complète de sa situation. Capable de répondre à un interrogatoire, il ne présentait ni confusion, ni délire, ni aucun affaiblissement intellectuel. Il avait seulement des troubles de la mémoire ; il déclarait ne se rappeler nullement les circonstances dans lesquelles il a tiré sur son amie puis sur lui-même, il avait oublié même ce qui s'était passé plusieurs heures avant le drame. Cette amnésie rétrograde n'était pas simulée, elle nous a paru exister réellement et il nous a semblé logique de la rattacher à la blessure cranio-encéphalique. Par ailleurs, le malade avait recouvré presque intégralement ses facultés intellectuelles.

Interrogé sur les causes de son meurtre, il nous dit qu'il avait une amie, fille de comptoir dans un café ; il l'a connue en octobre 1934, et il vécut avec elle de 1935 à mars 1939. Après un début heureux, leurs caractères s'opposèrent, des disputes suivies de séparations se succédèrent ; puis, s'étant retrouvés, ils avaient décidé de se marier. Il se souvient que le 29 juin, ils se sont vus en dehors de chez lui et sont rentrés le soir après le dîner dans son appartement ; à partir de ce moment, il ne se rappelle plus de ce qui s'est passé.

Quelques jours après notre examen, son état continuant à s'améliorer, G... a été transféré d'abord à la prison puis à l'Infirmerie Centrale de Fresnes, le 22 juillet 1939. En août, il put réintégrer la Santé complètement guéri. Interrogé, le 3 août 1939, par le Juge d'Instruction, il donna sur ses antécédents des renseignements précis et lucides. Puis, à l'Instruction, notamment les 16 et 29 novembre 1939, il exposa la situation très exactement, sans essayer de charger son amie, disant que celle-ci préférait toujours la vie extérieure plutôt que l'existence d'une femme d'intérieur. Il affirma ne pas avoir prémédité son acte ; si certains de ses camarades avaient constaté qu'il était devenu triste depuis quelque temps, c'est uniquement parce qu'il était très affecté de voir sa maîtresse montrer autant d'inconstance. Il avait eu des frais pour louer et aménager un petit appartement, mais au dernier moment cette idée avait cessé de plaire à son amie. Les souvenirs du drame étaient revenus plus complets que lors de notre premier examen à l'hôpital Bichat. Le 29 juin, après avoir fait des courses, ils sont rentrés ensemble dans l'appartement de la rue Damrémont, et le soir la discussion commença. Elle fit des réflexions désobligeantes devant le peintre qui travaillait pour l'appartement. Il lui reprocha de changer d'avis constamment, elle répondit sur un ton vif que si elle le désirait elle trouverait des personnes qui s'intéresseraient à elle et lui offriraient une belle situation à l'étranger, qu'elle ne serait pas embarrassée pour se faire une existence. Il ne se souvient plus des paroles qui ont précédé son geste meurtrier, ni

du geste lui-même. Cette scène s'est effacée de sa mémoire. Il regrette ce qu'il a fait ; il se rend compte qu'il lui était impossible de vivre avec cette femme. A aucun moment, il n'a manifesté des idées de persécution ou des hallucinations.

Les enquêtes faites par la Police Judiciaire indiquent que la demoiselle N... était laborieuse, gracieuse, aimant la gaîté, mais d'une nature indépendante, recherchant les hommages des hommes, car elle était très aguichante. Quant à G..., il était ponctuel, sérieux, dévoué ; de caractère habituellement gai, il était devenu taciturne et renfermé, ne parlant jamais de sa vie privée, il donnait l'impression d'être tracassé et soucieux.

Le 3 juin, G... avait écrit une lettre à la dame C..., dans laquelle il témoigne de ses sentiments à l'égard de son amie. Cette lettre n'est nullement délirante, il déclare notamment : « Je l'aime à un tel point que je ne sais si je pourrai supporter cette rupture. » Il demande à la dame C... d'intervenir pour arriver à un bon résultat.

Des dépositions du malade et des témoins, il résulte que le drame n'a eu aucune motivation délirante. Il s'est agi d'un meurtre passionnel suivi aussitôt d'une tentative de suicide.

Le 9 septembre 1939, G... écrit au Juge d'Instruction une longue lettre où il rappelle les détails de sa déposition. Cette lettre semble normale, cependant, il déclare (à la page 4) qu'il était la risée de tous ses collègues et qu'on le débinait parmi eux. On ne trouve plus dans le dossier d'autres lettres jusqu'au 22, 24 janvier 1940. Ses lettres, écrites au Juge d'Instruction, deviennent alors nettement délirantes. Il demande à être convoqué à l'Instruction, car des détenus connaissent sa déposition, il a entendu certaines réflexions dans sa cellule... Le 24 janvier, il écrit au Juge que sa maîtresse le calomnie parmi ses collègues. Il rappelle qu'il a écrit au Juge d'Instruction et au Procureur de la République, et que ses lettres ne sont jamais parvenues ; il parle d'articles écrits dans un journal syndical et concernant sa vie privée. Il s'agite à la prison ; les lettres paraissent si incohérentes et si délirantes que G... est renvoyé à l'Infirmerie Spéciale. Après une observation de quelques jours, il a été interné le 9 février 1940.

Il est placé à la section Henri-Colin, le 13 février 1940. Le 27 avril 1940, le Dr Ducosté fait, pour l'autorité militaire, un certificat de situation : « délire de persécution avec hallucinations et interprétations ; interné à la suite d'une tentative de suicide par balle de revolver, faite après un meurtre ; inapte à tout service militaire ».

L'un de nous a été chargé le 2 avril 1941, par le président de la Cour d'assises de la Seine, d'examiner G... afin de préciser s'il était en état de comparaître devant la Cour d'assises et de s'expliquer sur son crime. Au cours de notre examen, G... a énoncé un délire de persécution systématisé avec des troubles psycho-sensoriels et des interprétations morbides. Il dit avoir envoyé, il y a 14 mois, des

dépositions écrites au Juge d'Instruction ; elles ont été transmises à des détenus de la Santé. Il a envoyé au Juge d'Instruction une lettre de huit feuillets ; on a tout répété aux détenus. Il racontait ses mémoires dans un cahier, peut-être celui-ci a-t-il été découvert, puisque même à l'hôpital psychiatrique il a entendu des gens raconter ce qu'il avait écrit. On l'insulte grossièrement : les flics sont des mouchards, il n'a jamais été dans l'administration. Il entend des réflexions sur sa famille ; on dit que sa mère est morte et que la personne qui vient le voir n'est pas sa cousine. On connaît son passé, son enfance : quand il était jeune, il se baignait dans les ruisseaux de son pays ; il a entendu un malade le répéter. On dit qu'il est riche, qu'il a 60.000 francs à l'hôpital. On sait ce qu'il pense et on le répète ; on connaît l'inventaire de ce qu'il a chez lui.

Son délire est systématisé avec des idées de persécution, de préjudice, de substitution de personne et d'état civil. On veut s'approprier son argent. Quand il reçoit une lettre de sa mère, il dit, « ce n'est pas ma mère qui m'a écrit, mais il est facile de connaître mon adresse et celle de ma cousine ». Sa mère qui est venue le voir à la Santé n'est pas sa mère, c'est celle du faux Girardclos. Il y a un autre Girardclos. Il a trouvé sur son vestiaire une étiquette où le « c » de son nom est changé en « e », d'où son nouveau nom : Girardelos. Il se demande s'il ne doit pas changer d'état civil. On veut le faire passer pour un autre à cause de sa déposition écrite ; on supprime ses lettres, on a volé au moins les deux tiers de ses colis, etc... Tout cet exposé est fait avec calme et précision sur le ton monotone des persécutés hallucinés.

Au point de vue physique, G... ne présente aucun signe neurologique ; il se plaint d'un peu de céphalée, le pouls est lent, à 52. L'examen oculaire montre un ptosis partiel ; la pupille droite est un peu plus grande que la gauche ; l'œil droit n'a qu'une vision de 1/10 avec une lésion de dégénérescence maculaire et décoloration temporale de la papille. Le champ visuel périphérique est normal. Il y a un scotome central. L'œil gauche est normal, sa vision est de 10/10. L'examen oculaire (Mme le Dr Delthil) conclut : « pas d'atteinte directe par le projectile, mais lésion à distance par l'ébranlement ».

Commentaires. — *En résumé*, le 30 juin 1939, G. a tué sa maîtresse d'un coup de revolver et a tenté aussitôt de se suicider. La balle qui est passée de la région temporale droite à la région temporale gauche a déterminé une hémorragie abondante. Il est impossible de savoir les dégats causés dans le cerveau ; au point de vue oculaire, il y a eu lésion à distance par ébranlement et non atteinte directe.

Les causes du meurtre ont été d'ordre passionnel. Le malade semblait être psychiquement normal jusqu'au moment du meurtre, dont la motivation, d'ailleurs, n'apparaît nullement délirante.

Pendant la première période de ses dépositions à l'Instruction, G. a répondu d'une manière lucide, cependant, dès la fin de septembre 1939, une de ses lettres semble déjà un peu bizarre ; trois mois après, elles sont franchement délirantes, et il est interné le 9 février 1940 pour des idées de persécution avec hallucinations auditives et interprétations morbides. En mai 1941, le syndrome d'automatisme mental est constitué et le délire de persécution est tout à fait systématisé. On est alors en présence d'une psychose hallucinatoire de persécution d'allure chronique.

Il nous paraît difficile de ne pas établir un rapport étroit entre la blessure cranio-cérébrale transfixiante qui a résulté de la tentative de suicide du 30 juin 1939 et cette psychose apparue au cours de l'automne 1939, déjà précise en février 1940, et complètement systématisée en mai 1941. On a pu suivre son organisation progressive depuis la blessure. Aussi il nous semble impossible de mettre un simple trouble affectif à l'origine de cette psychose hallucinatoire post-traumatique. Au contraire, cette observation est un apport nouveau en faveur de l'origine organique de l'automatisme mental soutenue par G. de Clérambault.

Une autre observation de psychose hallucinatoire post-traumatique, rapportée par M. de Morsier, au Congrès suisse de 1933 peut être comparée à la nôtre. Ce sont les deux seules observations de ce genre qui, à notre connaissance, ont été publiées.

En plus de l'intérêt doctrinal que présente notre observation, nous devons en souligner également l'intérêt médico-légal. Deux rapports furent établis successivement par l'un de nous, nommé expert à deux reprises. Ils concluent à la pleine responsabilité.

Cette psychose hallucinatoire, étant donné l'intensité des troubles sensoriels et l'évolution vers un délire systématisé, nécessitera un séjour prolongé à l'hôpital psychiatrique. Toutefois, l'action de la justice n'est pas éteinte. L'affaire est remise *sine die*, mais si la psychose venait à guérir, G. redeviendrait un inculpé et devrait répondre de son meurtre puisqu'il fut commis à une époque où sa responsabilité était intacte.

M. Ach. Delmas. — L'observation de MM. Heuyer et Beaussart est intéressante parce que rare. Pourtant existent des démences traumatiques avec hallucinations, d'ailleurs peu différentes. J'ai observé précisément un cas analogue à la suite d'une commotion traumatique avec coma. L'amélioration avait été d'abord rapide, mais bientôt apparurent des troubles du caractère avec idées de persécution et hallucinations auditives, mais je le répète, ces cas, dans l'ensemble, sont rares.

Quant au problème médico-légal que pose M. Heuyer, je l'ai vu également se poser. Il s'agit d'un sujet interné à la suite d'un délit grave et dont on demandait le transfert après trois ans d'internement, ce transfert, le Parquet local ne l'a pas autorisé. Le sujet était donc bien, ici aussi, en situation d'internement prolongé strictement judiciaire.

Contribution à l'étude du syndrome hypothermie-œdème-diarrhée par restriction alimentaire, par MM. Bessière, Brisson et Talairach.

Nous avions déjà pu constater, dans notre service de Sainte-Anne, depuis quatre mois, le syndrome carentiel d'œdème hypothermie, observé par de nombreux cliniciens. Mais, à l'arrivée des premiers froids, la recrudescence de ce syndrome prenant une allure véritablement épidémique fut telle que nous eûmes l'occasion, sur de nombreux cas, de préciser quelques points du tableau clinique, et de mettre en valeur quelques données thérapeutiques.

Le *terrain*. — Le syndrome survient avec prédilection :

1° chez les hommes : les rations alimentaires étant les mêmes, il est normal que l'homme, dont les besoins énergétiques sont supérieurs, souffre le premier de leur insuffisance ;

2° chez les malades internés depuis longtemps, la variété psychopathique ne semblant guère intervenir à l'exception toutefois des malades atteints de paralysie générale, qui malgré leur internement parfois moins ancien, leur traitement régulier au stovarsol, semblent présenter avec plus de fréquence le syndrome, sous les aspects cliniques les plus graves ;

3° chez les malades non visités, qui ne bénéficient que de la ration ordinaire ;

4° enfin il semble que le symptôme œdème s'observe de préférence chez de vieux malades qui présentaient déjà, en période normale, des œdèmes de stase.

Les *prodromes*. — Un amaigrissement massif, progressif, véritable fonte musculaire, réalisant une perte de poids de 10 à 25 kg. L'attention est attirée sur les malades soit : parce qu'ils se sentent fatigués, qu'ils ont des lipothymies, qu'ils ont froid, et ne peuvent se réchauffer, ou enfin parce qu'ils présentent une diarrhée incoercible. Il est alors possible d'étudier les éléments du syndrome : l'hypothermie, l'œdème, la diarrhée, très variables en intensité et d'évolution non parallèle.

L'*hypothermie*. — La température prise sur un grand nombre de sujets, au début des premiers froids, nous en fit trouver 50 dont la température était aux environs de 35°-36°. L'alitement permit une amélioration en remontant ou stabilisant la température à 36°. Mais, le refroidissement brusque de la température extérieure mit en évidence des températures descendant jusqu'à 33°5. Par contre, le début du chauffage dans les salles arrêta la chute de température pour la faire remonter ensuite au voisinage de la normale. Mais sans modification aucune des autres composantes du syndrome. Ainsi, les malades n'étaient capables de maintenir une température constante et normale, que dans des conditions spéciales de déperdition calorique faible.

L'*œdème*. — C'est le phénomène constant, mais il s'observe avec plus ou moins d'intensité. Débutant à la face, au niveau des paupières inférieures, il infiltre peu à peu les téguments du visage et réalise un aspect bouffi caractéristique. En effet le teint est pâle, un peu jaunâtre, les paupières inférieures où l'œdème semble être au maximum font saillie sur le fond jaunâtre du visage. Puis les traits s'empâtent et la mimique perd de sa mobilité. Le dos des pieds, les malléoles, et le tiers inférieur de la jambe sont également infiltrés par un œdème : blanc, mou, prenant le godet, indolant, mobile et qui prédomine aux parties déclives.

La *diarrhée* est ineonstante. Quand elle survient, elle est fécale, fréquente et facile. Mais, chez le malade dément ou affaibli, il s'agit le plus souvent d'une incontinence de matières plus ou moins liquides. Cette diarrhée par sa persistance s'accompagne d'un état général alarmant. La thérapeutique habituelle des diarrhées est inefficace.

Le *système cardio-vasculaire* participe au ralentissement général de l'activité : le pouls est petit, souvent imprenable, ralenti (parfois bradycardie régulière de type sinusal). La tension artérielle prise au Pachon est souvent abaissée (11-5). Il y a plus fréquemment une diminution de l'amplitude oscillatoire (une à deux divisions pour la tension moyenne).

Le *système nerveux* ne semble pas atteint. Nous n'avons pas observé de perturbation importante des réflexes, ni de polynévrite. Nous n'avons pas observé, par ailleurs, de symptômes caractéristiques d'une avitaminose connue.

Syndrome biologique. — Il existe une anémie plus ou moins prononcée (3.500.000 G.R.). La diminution d'hémoglobine est constante : 70. La formule leucocytaire montre en général une

lymphocytose légère : 35 à 40 0/0. L'urée sanguine et urinaire sont ordinairement réduites : 0 gr. 20 dans le sang, 6 gr. par 24 heures dans les urines. Parfois l'urée sanguine est très basse (0 gr. 10).

Evolution. — Elle est très variable. Sur le groupe de malades que nous avons observé, il nous a été possible de distinguer *trois formes évolutives* caractérisées par la prédominance nette d'un ou de deux symptômes.

Une *forme hypothermique* presque pure, avec légers œdèmes palpébraux et malléolaires. De pronostic relativement favorable. Nous avons deux malades qui évoluent depuis un mois à la température de 34°-35°, sans aggravation alarmante de l'état général.

Une *forme hypothermique et diarrhéique* beaucoup plus grave, d'évolution plus rapide. On assiste souvent en quelques jours à une aggravation de l'état général et la mort survient après une phase plus ou moins longue de somnolence terminale. La température peut y devenir extrêmement basse. Au stade terminal la diarrhée y devient en partie alimentaire. C'est dans une de ces formes qu'il nous fut possible d'observer une température des plus basses (31°5) à laquelle le malade survécut pendant deux jours. Le malade présentait des diarrhées véritablement alimentaires où l'on pouvait reconnaître absolument intacts tous les mets ingérés la veille.

Une *forme à œdème généralisé* relativement peu hypothermique et diarrhéique. Beaucoup plus rare semble-t-il que les formes précédentes puisqu'il ne nous a pas été possible d'en observer plus de deux formes. Dans ce cas, l'œdème peut atteindre en quelques jours les séreuses, vaginales, péritoine, plèvre. Un tableau d'anasarque est alors rapidement constitué, avec une importante diminution du volume des urines. Un point sur lequel il semble important d'insister est le fait d'un certain balancement non seulement entre l'œdème et le volume des urines mais encore entre l'œdème et la diarrhée. Chez plusieurs de nos malades, le syndrome était à prédominance diarrhéique, mais, la cessation de cette diarrhée, remplacée au contraire par la constipation, coïncida avec l'apparition d'œdèmes plus marqués. L'œdème et la diarrhée étant les deux faces cliniques d'un même trouble : le déséquilibre du métabolisme de l'eau. L'évolution vers la mort est malheureusement très fréquente. Depuis un mois et demi, malgré l'alitement des malades, nous eûmes à déplorer quinze décès, tous survenus à la suite de l'évolution simple du syndrome : sur ces quinze décès 10 furent la conséquence d'un syn-

drome à prédominance diarrhéique, 5 furent la conséquence d'un syndrome hypothermique avec un léger œdème. Nous n'avons pas encore eu de décès par anasarque.

Le syndrome dont nous venons de préciser les symptômes a déjà été l'objet de nombreuses études depuis ces temps derniers, tant au point de vue clinique que pathogénique. Mais il semble que la forme œdémateuse évoluant vers l'anasarque ait été surtout décrite, alors que les formes hypothermiques avec ou sans diarrhée nous paraissent plus fréquentes. Rappelons qu'il est un syndrome décrit depuis longtemps par Guillon : la bouffissure d'Annam qui se rapproche de très près du tableau de carence que nous observons actuellement : fonte musculaire, œdème progressif, abaissement de la tension artérielle, anémie intense et diminution de l'urée sanguine et urinaire. Cette maladie est décrite comme survenant épisodiquement dans la population annamite pauvre, à l'occasion de calamités publiques (cyclones, inondations), réduisant à la famine une partie de la population.

Le traitement. — Le repos au lit influe sur l'hypothermie et permet à la température de s'élever de quelques dixièmes. Les œdèmes des malléoles diminuent temporairement, avec augmentation de la diurèse, mais le poids reste identique ou diminue. Ce seul traitement, en l'absence d'alimentation supplémentaire, permet cependant, à un certain nombre de malades de supporter pour un temps nouveau les restrictions imposées. Les autres évoluent malgré l'alitement, soit vers l'hypothermie avec ou sans diarrhée, soit vers l'anasarque, plus rarement.

Les améliorations du régime. — Il ne nous a été possible de les expérimenter que sur un seul de nos malades étant donné les difficultés actuelles. Mais elles nous ont permis d'observer un certain nombre de constatations intéressantes : sur un sujet mesurant 1 m. 71 présentant le syndrome hypothermie, œdème de la face et des malléoles, diarrhée et un amaigrissement à 45 kilos, nous avons essayé diverses modifications de régime :

1° : nous basant sur des expériences antérieures, incriminant surtout l'insuffisance du régime en hydrates de carbone, nous avons donné en plus du régime normal 400 gr. de pain (soit 650 gr. de pain par jour). Rapidement en 6 jours reprise de 3 kg. mais avec constitution d'œdème. Puis chute de poids rapide pour rejoindre le poids initial, avec élimination progressive des œdèdes ;

2° : suppression du pain en supplément, la thérapeutique se borne à 30 gr. d'huile de foie de morue : la chute de poids est impressionnante, en quatre jours, perte de 2 kg. 500 ;

3° : le malade est soumis à un régime varié et abondant, soit en plus de la ration normale de pain, 400 gr. de pomme de terre, et de légumes frais, 200 gr. de pain, 175 gr. de viande, 25 gr. de fromage, 30 gr. d'huile de foie de morue : pendant deux jours nouvelle chute de poids. On ajoute au régime précédent 6 milligrammes de vitamine B1 cristallisée, 300 milligrammes d'acide ascorbique par jour, en comprimés : reprise de 4 kg. suivie d'une nouvelle chute de poids, puis oscillation entre 44 et 45 kg. et la courbe remonte franchement au bout d'un mois de cette thérapeutique vers 47 kg. 500 sans pouvoir se stabiliser cependant, car nous assistons toujours à une oscillation de la courbe de poids autour de 47 kg. Normet qui expérimentait sur la maladie de Guillon, avait déjà remarqué que les malades étaient incapables de reprendre immédiatement avec profit l'alimentation normale. Il préconisait alors l'emploi du glycocolle, qui permettait à ses malades de guérir de leur état carentiel en profitant à nouveau de leur alimentation. Nous avons pratiqué sur notre malade une injection quotidienne de glycocolle (0 gr. 20), pendant dix jours, mais sans résultat.

Conclusion. — Notre expérience, trop récente et trop courte, ne nous permet pas de conclure à telle ou telle carence à la base du syndrome. Elle nous prouve simplement qu'une amélioration nette ne peut s'observer qu'à la suite d'une alimentation suffisante non seulement en quantité mais en variété, et ce n'est que lorsque le régime fut assez équilibré et riche en hydrates de carbone, graisse, protides et légumes frais, que notre malade recommença à reprendre du poids et que les œdèmes disparurent. Un deuxième fait intéressant à noter est le temps que met notre malade, malgré l'alimentation redevenue à la normale, pour stabiliser sa courbe de poids. Il semble que la carence alimentaire prolongée, se traduisant par des signes cliniques tardifs, produise des troubles organiques tels que la reversibilité du cycle soit rendue, sinon impossible, du moins difficile. Il est permis de supposer qu'il existe des lésions (lésions du pancréas et du foie constatées par Normet dans la bouffissure d'Annam, ou de la muqueuse intestinale empêchant l'absorption des vitamines), et qu'il soit nécessaire de fournir à cet organisme un apport supplémentaire en vitamines ou acides aminés capable de permettre à nouveau l'assimilation des aliments.

M. Ceillier. — Je crois que la question des œdèmes devrait être mise à l'ordre du jour de la société. Les cas en sont signalés

dans les asiles, ils débordent maintenant les asiles. Il y a une menace d'extension inquiétante. La question vaudrait d'être étudiée dans l'ensemble.

Il ne s'agit pas en effet d'une avitaminose ; on n'y observe pas de scorbut (en particulier pas d'hémorragie), pas de polynévrite, on ne sait pas ce que c'est. Je signale seulement que le Dagénan réussit parfois et m'a donné des résultats extraordinaires dans quelques diarrhées, mais c'est surtout le lait qui donne des améliorations inespérées.

M. Gouriou. — Les états de carence ont été décrits, notamment, par Lecoq (1922). Ils avaient été signalés au cours de la guerre du Péloponèse, au IVe siècle avant J.-C. L'anémie y est considérable et m'a paru s'améliorer surtout par l'association du fer et des acides aminés. Mais le relèvement de l'état général progresse beaucoup moins vite. Les œdèmes n'apparaissent qu'après un fort amaigrissement. Voici des chiffres. Sur 90 cas, 68 sujets pesaient moins de 50 kg. (dont 12 entre 45 et 50, 18 entre 40 et 45, 22 entre 35 et 40, 16 étaient au-dessous de 35), parmi eux, on relevait 14 pertes de poids de 14 à 20 kg., 6 de 25 à 30 kg., un sujet avait perdu 38 kg. Les règles, qui disparaissent, ne reviennent qu'avec la reprise du poids. Lecoq a montré l'intérêt de l'administration du sucre contre l'anémie, les graisses seules n'empêchent pas l'amaigrissement de s'accentuer lorsque le régime est hypoazoté.

M. Heuyer. — Je souligne que la question est actuellement agitée dans d'autres sociétés, tant à la société médicale des hôpitaux qu'à la société de pédiatrie. D'autant plus que quelques faits rapportés semblent un peu disparates. Delore et Lelong avaient décrit un syndrome neuro-œdémateux. Guy Laroche a décrit maintes formes. Coste décrit des œdèmes sans polynévrite. On note également des variations dans les taux des recherches biologiques.

Quant à la remarque de M. Ceillier concernant l'action du lait, elle est confirmée par Guy Laroche et Coste. En donnant seulement deux litres de lait par jour au malade, on semble pouvoir amener la guérison, on s'est même demandé s'il ne fallait pas chercher la guérison dans l'extraction de substances complémentaires contenues dans le lait. En tout cas, il faut ajouter que la population civile est peut-être prise mais qu'à l'hôpital des Enfants malades, on ne constate pas un seul cas : cela est dû que

l'Assistance publique fait un effort extraordinaire pour donner aux jeunes hospitalisés une alimentation au moins égale à ce qu'elle était avant guerre.

M. Bessière. — Il ne s'agit pas d'avitaminose. C'est un syndrome d'hypo-alimentation. Il doit être traité comme tel ; d'ailleurs, une amélioration à ce point de vue est à noter depuis le mois dernier.

M. Soulairac. — Les acides aminés doivent avoir une signification importante dans la pathogénie des œdèmes. Quant à la vitaminothérapie, elle n'est pas par elle-même exempte de dangers.

M. Ceillier. — Chaque malade capable d'améliorer son ordinaire survit, c'est donc le taux de la ration qui importe.

La séance est levée à 18 heures 20.

Les secrétaires des séances,
Paul Carrette et Jean Dublineau.

Séance du Lundi 22 Décembre 1941

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Présidence : M. Achille DELMAS, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 24 novembre 1941 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de M. le Dr Quercy, médecin de l'hôpital psychiatrique de Château-Picon à Bordeaux, de MM. les Drs Menuau et Rondepierre, médecins de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, *membres correspondants nationaux,* qui posent leur candidature aux trois places déclarées vacantes de *membre titulaire ;* la Société désigne une Commission, composée de MM. Claude, Rayneau, D. Santenoise et Martimor, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du 26 janvier 1942 ;

une lettre de M. le Dr Léon Michaux, médecin des Hôpitaux de Paris, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national ;* la Société désigne une Commission, composée de MM. Heuyer, Th. Simon et Brousseau, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du 26 janvier 1942.

Election de deux membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. Demay, sur la candidature de M. le Dr Alexandre Sizaret, au nom d'une Commission composée de MM. H. Beaudouin, Demay et D. Santenoise, il est procédé au vote :

Nombre de votants	28
Majorité absolue	14

A obtenu :

M. Al. Sizaret	27 voix
Bulletin nul	1

Après lecture d'un rapport de M. Carrette, sur la candidature de M. le Dr Marcel Tison, au nom d'une Commission composée de MM. Carrette, Achille Delmas et Heuyer, il est procédé au vote :

Nombre de votants	26
Majorité absolue	13

A obtenu :

M. Tison	26 voix

MM. les Drs Alexandre Sizaret, médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne, et Marcel Tison, médecin-directeur de la Maison de Santé de St-Mandé, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

Rapport de la Commission des Finances

Mme Thuillier-Landry donne lecture de ce rapport au nom de la *Commission des finances :*

Exercice 1941

Avoir de la Société au 22 décembre 1940		15.783 34
Recettes de l'année 1941		63.084 10
Total		78.867 44
Dépenses de l'année		67.608 10
Reste		11.259 34

L'avoir de la Société se décompose ainsi :

Fonds libres de la Société		1.301 44
En dépôt au titre des prix :		
Prix Aubanel	5.731 60	
Prix Belhomme	2.570 »	9.957 90
Prix Christian	1.396 30	
Prix Moreau de Tours	260 »	
Total		11.259 34

Je vous demande de voter des félicitations à notre *trésorier*, M. Georges Collet, en approuvant les comptes de 1941 et le budget de 1942.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité des membres présents et un vote unanime de félicitations est adressé au Dr Collet, trésorier.

Rapport du Secrétaire général

M. Jacques Vié. — Au cours de l'année 1941, la Société médico-psychologique a présenté une activité scientifique aussi grande que le permettaient les circonstances. Elle a tenu ses 10 réunions statutaires, ainsi que 5 séances supplémentaires réservées à des présentations cliniques et anatomo-pathologiques. Elle a ainsi entendu 75 communications, ayant trait aux questions les plus variées de pathologie et de thérapeutique psychiatriques. Lors de la séance annuelle de mai, elle a célébré le *Centenaire d'Esquirol*. Elle a eu la primeur des travaux français sur l'électro-choc, et elle a étudié à plusieurs reprises les cachexies œdémateuses qui se sont manifestées chez les aliénés chroniques hypo-alimentés ; elle en a envisagé les aspects thérapeutiques.

La Société a élu, au cours de l'année, 5 membres titulaires honoraires, 2 membres titulaires, 1 membre associé étranger et 4 membres correspondants nationaux. Nous avons eu à déplorer le décès du professeur Lemoine, le doyen de nos membres correspondants.

Le *legs Christian*, qui seul se trouvait à attribuer en 1941, a été attribué à Mlle le Dr Jouannais.

En dépit des difficultés croissantes, et surtout de la pénurie du papier, M. René Charpentier a continué à assurer la parution régulière des « Annales ». Ceci représente un effort dont nous ne saurions trop lui exprimer toute notre reconnaissance, et notre devoir est de faciliter sa tâche, en nous conformant de façon stricte aux limitations de texte, qui sont dures, mais actuellement indispensables. Nous devons aussi faire face aux nécessités financières de la publication, en acceptant l'augmentation du tarif des cotisations, que le Conseil d'Administration de la Société va soumettre à votre approbation, et en ne rendant pas ingrate la tâche déjà bien ardue de notre Trésorier. Les *Annales médico-psychologiques* entrent dans leur 100e année ; il nous faut assurer la continuation ininterrompue, à travers tous les obstacles, de l'organe à la fois vénérable et bien vivant de la psychiatrie française.

Vous n'aurez pas aujourd'hui, comme lors des autres Assemblées générales de décembre, à procéder au renouvellement du Bureau.

Une loi du 5 février 1941, dans ses articles 3 et 4, ajournait jusqu' « à la fin des hostilités » le renouvellement des Conseils d'Administration des Sociétés reconnues d'utilité publique et prorogeait les pouvoirs des Administrateurs en fonction.

Par une circulaire du 1er août 1941, M. le Directeur des Affaires économiques et sociales à la Préfecture de la Seine, nous informait que les élections ne seraient pas entachées de nullité « si elles respectent les règles statutaires », et si l'Association « est autorisée à continuer son activité, en application du paragraphe 6 de l'ordonnance allemande du 28 août 1940 ». Les sociétés reconnues d'utilité publique étaient jusque-là dispensées de demander cette autorisation. Nous l'avons sollicitée, elle ne nous est pas encore parvenue. Dès que ce sera chose faite, une nouvelle Assemblée générale sera convoquée, dans le but d'élire le Bureau de la Société pour l'année 1942.

Augmentation du taux des cotisations

Les nécessités présentes font porter le tarif de l'abonnement aux *Annales médico-psychologiques* de 190 à 260 francs. Une augmentation parallèle des cotisations se montre inévitable, et le Conseil d'Administration propose les chiffres de 300 francs pour la cotisation des membres titulaires, et de 260 francs pour celle des membres correspondants nationaux.

L'augmentation des cotisations est votée à l'unanimité des membres présents.

Prix de la Société Médico-psychologique

Le délai pour le dépôt des candidatures et des mémoires pour les prix à décerner en 1942 expire le 31 décembre 1941. Ces prix sont le *legs Christian*, de 1.000 francs, *le prix Moreau de Tours*, de 250 francs, et le *prix Belhomme*, de 1.500 francs.

SÉANCE ORDINAIRE

Présidence : M. Achille DELMAS, président

COMMUNICATIONS

Troubles complexes du langage au cours d'une syphilis cérébrale (*présentation du malade*), par MM. Laignel-Lavastine, Hubert Mignot et Paul Neveu.

Frédéric, 43 ans, chauffeur, breton, fut présenté par nous aux présentations de malades du mercredi à la Clinique Sainte-Anne et les détails neurologiques avec les examens de laboratoire concomitants paraîtront, à ce titre, dans le « Concours Médical ». Faute de place nous renvoyons à ce journal, nous réservant d'étudier ici les troubles du langage, qui font l'intérêt capital de son cas.

D'un mot, il semble que ce malade, atteint de syphilis cérébrale, ait présenté un ictus congestif avec hémorragie méningée. L'imprégnation alcoolique massive concomitante explique peut-être la variation des réactions sérologiques.

Observation. — L'*examen du langage* montre la conservation de la chanson du langage, de son rythme et de sa mélodie ; souvent, le malade bavarde avec beaucoup de naturel, les inflexions sont justes, les chutes de l'intonation paraissent concorder avec les fins de phrases. Des pauses, puis des reprises correspondent soit au ton de la narration, soit à celui des réponses qu'il donne. Mais le contenu du discours apparaît souvent incompréhensible, caractère qui tend à s'atténuer actuellement. Voici un exemple de propos spontanés de Frédéric le 10 novembre : « il a marché comme le machin d'orène qui a verdouillé quand (il) y a eu la vente ; après (il) y a eu le chassement d'ori pour la vente, à droite, à gauche, un peu partout, je ne crois pas que ça se tienne. Je l'avais trouvée dans le charin où c'est qu'elle l'avait déposé, on l'a fauché chez elle et puis elle l'a payé et elle l'a gardé. C'est celui-là, c'est la voiture, c'était une lampe noire avec quelques points rouges. Faut que je garde encore une vache

parce qu'on m'a dit qu'elle était partie dans les chatroupensées avec je ne sais qui ».

A la question « Et votre femme » ? Frédéric répond : « Elle commence à être veuve aussi. Aujourd'hui, elle est plutôt vieille qu'autre chose, elle fait ce qu'elle peut pour venir me rechercher. J'étais dans un centre d'écalition et j'ai subi trois fois l'imporation. »

Il fabule : « On m'a enlevé un plateau, ça va mieux maintenant, mais j'ai été pendant trois semaines que je ne me rappelais plus de rien. Ils m'ont enlevé un monceau sur les deux mourches, ils en ont mis une qui ne valait plus rien... J'en sais rien comment qu'ils l'ont fait, ils m'ont fait ça que j'étais agoni. »

L'examen des propos spontanés nous montre déjà la conservation de la syntaxe, l'emploi correct des copules, conjonctions et prépositions, mais beaucoup de mots semblent avoir perdu leur signification, des locutions et des phrases entières constituent un bavardage vide de sens que de nombreux néologismes rendent encore plus incompréhensible.

L'épreuve de la dénomination des objets donne un résultat curieux. Certains objets ne sont pas nommés correctement et Frédéric leur attribue des noms fantaisistes. Ainsi, un stylographe : « ça, c'est un ratoir..., c'est pour écrire, çà s'appelle comme on veut, çà s'appelle l'intonsinge ou un bideur, comme vous voulez », une lampe : « c'est un écou, c'est un portatif, c'est un point de vue, c'est un accessoire, comme vous voudrez, ou bien c'est un clair, il y en a qui les appellent de différentes façons. » Pour d'autres objets, après avoir dit leur nom exact, le malade énonce une suite de mots forgés, ainsi pour un buvard : « c'est le buvard, ou bien la pièce, c'est une brote, c'est un outil comme çà, parce que c'est jamais qu'un écussoir, ou bien c'est une bride, comme vous voudrez, il y en a qui les appellent de différentes façons. » D'un porte-plume il dit : « ça s'appelle un porte-plume, mais vous pouvez l'appeler manoir ou autre chose ».

Quand il vient de les créer, les néologismes conservent une valeur de dénomination : ainsi « un bluet » (stylo) « c'est un portatif, du moment qu'on le porte avec soi, c'est un outil..., on en fait de tout, on en fait ce que vous faites, on écrit, on fait le dessin, vous n'avez pas besoin de plumier avec çà ». Une règle, dénommée un « moulin », c'est « un boutoir au lieu de l'appeler un peuple, ça sert de peuple pour prendre un trait..., ça s'appelle une règle régulièrement, seulement ça a différents noms ».

La répétition de mots et de phrases est correcte, il n'existe pas de trouble de l'articulation verbale. Le test main-œil-oreille de Head, bien exécuté, montre l'absence de troubles de la verbalisation interne. Il n'existe aucune manifestation de la série dysarthrique.

Le malade énonce bien les chiffres, les jours, les mois. L'association automatique rétrograde est également satisfaisante. Il sait la table de multiplication, compte la monnaie. La lecture à voix haute est correcte, mais il ne peut expliquer le sens de ce qu'il vient de lire.

L'écriture spontanée est caractérisée par l'absence de troubles du graphisme proprement dit, il n'y a ni tremblement, ni dysgraphies, il copie exactement l'imprimé en cursive, écrit bien une adresse, mais, si on le prie de rédiger une lettre quelconque, le contenu en est incompréhensible par emploi de néologismes, de mots détournés de leur sens et offre l'aspect d'une schizographie. Ainsi, dans cette lettre, où il sollicite sa mise en liberté :

Paris, le 4 mai 1934.

Monsieur le directeur du gérant de passage,

« Monsieur, j'aurais la sainte fermeté de choisir la date de friure « des changes au régime de payes et de passer à votre désir, des visi- « tes supéricures afin de voir ma libération, que je pense être utile « et horable.

« Comptant sur vos démarches, monsieur le directeur, je vous prie « de penser sur labdication le plus tôt une chose exacte.

« Comptez, monsieur le directeur, à toute mon office et merci beau- « coup. »

Le dessin, impossible et accompagné de commentaires incohérents au début de l'hospitalisation, est actuellement assez satisfaisant, on y note l'emploi de la perspective. En outre, Frédéric dessine les formes géométriques : rond, carré, triangle.

Il n'existe pas de troubles praxiques et, bien qu'il conserve une certaine fatigabilité, le malade exécute bien tous les ordres simples, les gestes symboliques, et même certains ordres complexes comme l'épreuve des trois papiers.

L'examen du langage spontané et surtout de la dénomination des objets montre, chez Frédéric, des caractères particuliers. Il a parfois conscience d'un oubli des mots : « depuis que j'ai été opéré, les mots me manquent », déclare-t-il, et encore : « quelquefois ça me revient mieux ». Mais les mots semblent avoir perdu leur fixité ; il les remplace par d'autres mots ou par des néologismes qui lui semblent équivalents. Il parle naturellement, sans effort et sans irritation, ne supposant pas un instant qu'il puisse n'être pas compris : « c'est comme vous voudrez, dit-il, il y en a qui les appellent de différentes façons. Assez souvent, les réponses paraissent contenir une intention malicieuse et rappellent les « réponses à côté », ainsi quand on le prie de réciter les mois à l'envers : « je ne les fréquente pas », dit-il. A une question sur le confort du service, il répond : « pourtant, ce qui est de la commune on n'est pas trop nourri..., on est plus nourri par les échats qu'on fait que de qui est ». Il a même semblé exprimer une tendance négative, éprouvée comme explication de la forme de ses propos et de leur ambivalence : « quand ils me demandent quelque chose, je leur réponds le contraire. Ils viennent des fois mettre un facteur en l'air, puis ils viennent le changer, quand je vois ce travail pour et contre, ça ne me dérange pas ».

Si nous analysons ces troubles nous pouvons isoler plusieurs éléments. Il existe avant tout un élément confusionnel associé à une amnésie rétro-antérograde qui évoque celle du syndrome mental de Korsakow ; elle s'accompagne d'une désorientation temporo-spatiale qui est en régression actuellement, mais qui fut très importante. La fabulation spontanée et provoquée demeure très accentuée ; non seulement elle compense le déficit mnésique, mais encore, elle a la valeur d'un bavardage inconsistant situé dans le présent et parfois le futur. Il y a là, à côté du mécanisme compensateur, une tendance au bavardage, une augmentation de l'activité verbale, qui n'est d'ailleurs soutenue par aucune exaltation affective.

L'élément aphasique apparaît dans l'épreuve de la dénomination des objets. Comme dans l'aphasie de Wernicke, les paraphasies sont très importantes, donnant au langage l'aspect de jargonaphasie. La dérivation continuelle des propos, accompagnée d'un certain degré de conscience de ne plus retrouver les mots propres, constitue l'essentiel de cette paraphasie ; mais le malade se soucie peu de son trouble et les mots impropres, qu'il emploie, ont pour lui la même valeur significative que les termes habituels. En outre, on observe la difficulté de l'usage des mots abstraits et la facilitation de l'expression verbale par l'émotion.

L'aspect schizophasique est dû à la présence de néologismes et de mots déformés qui semblent pourvus d'une signification pour le malade. Celui-ci, dans l'épreuve de dénomination, ne fait pas d'effort pour rechercher le nom de l'objet, mais il lui attribue une série d'appellations forgées par contraction, contiguïté ou extension. L'extension du concept sur le domaine verbal aboutit à la création de nombreux synonymes. Ce langage, s'il est incohérent et incompréhensible, semble avoir conservé pour le malade une signification. Ce caractère explique peut-être l'absence d'inquiétude et même le sentiment de certitude qui accompagne ses étranges dénominations. Son délire verbal est pourvu d'une croyance en la signification de ses propos qui est analogue à la conviction morbide du dément paranoïde schizophase. Nous rappellerons seulement les tendances négatives ambivalentes et l'aspect de « réponse à côté » qui semblent montrer certains propos de Frédéric, qui pourraient être qualifiés de schizophasiques. Ce caractère apparaît encore plus nettement dans les écrits qui ne diffèrent pas d'une schizographie à prédominance verbale.

Envisagé d'un point de vue global, ce malade montre un mode particulier de désintégration du langage. Son expression

verbale constitue une jargonaphasie comparable à ce que l'on observe dans le syndrome de Wernicke, elle évoque également les paraphasies qui apparaissent dans certains états crépusculaires de la conscience et de demi-sommeil, où l'on constate également une extension des significations, et la dissociation du mot et du concept.

Les altérations de la fonction verbale dans les schizophasies ont été comparées et assimilées, sur un plan théorique, à celles que l'on observe dans la désintégration de la même fonction, telle que Head l'a envisagée, dans les aphasies. Des troubles d'ordre verbal, nominal, syntaxique et sémantique ont pu être ainsi découpés dans le groupe complexe des schizophasies. Malgré le caractère artificiel de ces distinctions, elles éclairent l'étude des troubles divers, en rapport avec des localisations lésionnelles, variables selon les cas, qui aboutissent à la désintégration du langage.

Nous sommes donc ici en présence d'un cas complexe où un trouble global de la conscience semble accompagner une localisation lésionnelle prédominante. Si nous n'avons pas usé, dans le titre de cette présentation, d'une étiquette nosographique déterminée, telle que paraphasie, jargonaphasie ou schizophasie, c'est parce que nous n'avons pas voulu borner le problème qu'il pose à celui d'un diagnostic. Nous avons voulu montrer comment certaines altérations, par leur complexité, peuvent emprunter des traits cliniques à divers syndromes et constituer une certaine désagrégation de la fonction verbale, réalisant ainsi un type intermédiaire qui établit la continuité psychopathologique entre les aphasies et les schizophasies.

M. Ach. Delmas. — Ce cas me paraît très important. On n'avait pas jusqu'ici, à ma connaissance, apporté de cas de transition entre la schizophasie et l'aphasie. Celui-ci est d'ailleurs plus complexe qu'une schizophasie simple. Va-t-il en s'améliorant ?

M. Gouriou. — Ce qu'il y a de curieux ici, c'est que la malade « déraille » à froid. Beaucoup d'aliénés, contrairement à celui-ci, ont dans la conversation courante un langage logique, intact en apparence. Mais, que survienne une émotion, aussitôt le malade emploie des mots pour d'autres et utilise des expressions plus ou moins symboliques, donnant une impression de discordance ou d'incohérence. Aussi les familles estiment-elles que leur malade « parle bien », alors que devant le médecin, ou à la suite d'une conversation un peu longue, apparaît le trouble du langage. Ici le trouble se produit en dehors de toute émotion.

M. Brissot. — Ce malade n'a-t-il pas de cécité ni de surdité verbales ? Il serait intéressant de revoir ce malade dans quelques mois. Si en effet son aphasie s'améliore, comment évoluera sa schizophasie ?

M. Laignel-Lavastine. — D'habitude, les malades, selon leur état d'émotivité, mettent en jeu des claviers différents. Ici, au contraire, il y a altération de la technique personnelle du langage ; d'où l'aspect complexe qui vous est présenté. Le malade n'a ni surdité, ni cécité verbales ; il écrit très régulièrement, transforme normalement l'imprimé en cursive. Son état va en s'améliorant.

M. Guiraud. — Les réactions de la syphilis sont, nous dit-on, négatives dans le sang. Il y aurait intérêt à pratiquer aussi la réaction de Kahn.

M. Dublineau. — Ce caractère au moins partiel de négativité des réactions n'est pas pour nous étonner, non plus que l'atypicité du tableau clinique. Le malade est un ancien paludéen, et peut être considéré comme présentant une forme de spécificité cérébrale plus ou moins modifiée cliniquement et biologiquement par le paludisme antérieur.

M. Laignel-Lavastine. — La signification des troubles du langage chez l'aphasique comme chez le schizophasique est plus facile à préciser après l'étude d'un cas comme celui-ci, car on entrevoit nettement ce qui rapproche la jargonaphasie de la schizophasie.

Recherches sur 55 cas de crises nerveuses observées en milieu militaire, par M. J. Dublineau.

Nous avons recherché, durant le premier semestre 1940, dans notre centre de psychiatrie militaire, s'il existait une relation entre la forme des crises nerveuses et leur terrain d'apparition. Pour l'étude du terrain, trois ordres de faits étaient retenus : 1° *l'étude typo-physiologique du sujet* (type morphologique, tonus vago-sympathique) ; 2° *le bilan des dispositions caractériclles, des tendances convulsives, ou paraconvulsives de l'enfancc, du climat somatomorbide*. Ce bilan était recherché, dans la mesure du possible, non seulement chez le sujet, mais encore dans

son entourage (grands-parents et parents en ligne directe et collatérale, frères ou sœurs et leurs enfants, descendants). L'enquête n'était d'ailleurs menée qu'avec les renseignements fournis par l'intéressé ; 3° *la répartition du facteur « traumatisme céphalique »* dans le passé des intéressés, et du facteur alcool, tant chez l'individu que dans sa lignée.

Voici l'essentiel de nos résultats :

I. — Cas se rapportant a des schémas classiques de description

Dans les 55 cas retenus, nous avons mis à part ceux que l'on pouvait considérer comme se rapprochant le plus de la description classique des divers types de crises ; pour l'*épilepsie* : perte de connaissance, morsure de la langue, avec ou sans émission d'urine, tendances caractérielles neutres ou à prédominance épileptoïde (12 cas) ; pour l'*hystérie*, perte de connaissance simple, avec tendances caractérielles neutres ou à type émotionnel prédominant (7 cas) ; pour les crises *névropathiques*, perte de connaissance plus ou moins complète, avec ou sans manifestations émotionnelles, mais s'accompagnant d'un cortège de troubles fonctionnels à type névropathique (6 cas) ; soit, au total, 25 cas relativement caractéristiques.

A) *Dispositions caractérielles.* — Les tendances émotionnelles s'observent seulement une fois sur 12 dans l'épilepsie. On les trouve dans 4 cas d'hystérie, et dans 5 des 6 cas de névropathie. Inversement, les tendances épileptoïdes (essentiellement troubles du caractère avec colères agressives et brutalité, recherchés tant chez les sujets que dans leur entourage) se retrouvent 9 fois chez les épileptiques, 3 fois seulement chez les 7 hystériques. On n'en trouve aucun cas pour les crises névropathiques.

Au total, dans l'épilepsie, on trouve, tant chez le sujet que dans son entourage, des dispositions épileptoïdes dans les 3/4 des cas. Le sujet ne présente qu'exceptionnellement des troubles émotionnels. Des faits inverses s'observent au cas de crises névropathiques. Le type de terrain est peu net dans le cas de l'hystérie, les chiffres se partageant quasi à égalité entre les deux groupes de tendances.

B) *Le terrain morbide familial* paraît spécialement intéressant.

a) Les antécédents psycho- et neuro-pathologiques s'observent 3 fois chez les épileptiques, soit seulement une fois sur 4. Les uns ou les autres sont au contraire d'observation fréquente dans les autres formes de crises : 3 cas de psychopathie et 3 cas de maladie nerveuse chez les 7 hystériques, 4 cas de psychopathie et 2 de maladie nerveuse chez les 6 névropathes.

b) Les antécédents viscéropathiques se résument comme suit : Les états cardio-pulmonaires s'observent seulement 2 fois chez les 12 épileptiques, contre 3 cas chez les 7 hystériques et 4 chez les 6 névro-

pathes. Le rhumatisme et les troubles gastro-intestinaux se retrouvent également plus souvent chez ces derniers.

c) Dans l'ensemble, on ne peut pas ne pas relever la fréquente concomitance, chez l'hystérique, et surtout les névropathes, d'une ambiance morbide personnelle ou familiale. Cette ambiance se retrouve peu ou pas chez l'épileptique.

II. — Sujets dont les crises s'éloignent plus ou moins des schémas classiques de description

Nous en avons isolé 30 cas : 1 cas de crise « vaso-motrice » se rapprochant des crises à perte de connaissance simple ; 2 cas où la crise s'est produite dans des conditions d'imprégnation alcoolique telles que le diagnostic était difficile avec l'ivresse convulsive banale (syndrome alcoolo-convulsif, qui mériterait pour sa part une étude spéciale). Restent (ces 3 cas étant éliminés), 27 cas se répartissant comme suit :

a) *Groupe des crises à perte de connaissance simple :* 12 cas. Nous y trouvons : 9 cas se produisant sur un terrain plus ou moins épileptoïde, instinctuel, permettant de parler d'états hystéro-épileptiques ; 3 cas se produisant avec quelques symptômes (non prédominants, mais accessoires) de névropathie, permettant de parler d'états hystéro-névropathiques.

b) *Groupe des crises avec symptômes de la série épileptique :* 15 cas. Nous y trouvons : 10 cas se produisant sur un terrain à tendances émotionnelles (états comitio-hystériques) ; 5 cas se produisant sur un terrain de cet ordre, mais auquel s'associent des troubles névropathiques marqués (états comitio-névropathiques).

Sans donner de détails des chiffres trouvés pour les 27 cas, mentionnons seulement que les investigations touchant les dispositions caractérielles ou le terrain morbide, donnent à tous points de vue des résultats intermédiaires aux chiffres extrêmes trouvés pour chaque type pur de crise. Tout se passe comme si chaque facteur, en s'associant au facteur voisin, lui apportait les correctifs tenant à ses caractéristiques propres.

L'analyse de ces facteurs, associée aux résultats obtenus pour les crises typiques, permet en outre de préciser certaines notions qui ne se dégageraient pas à première vue de l'étude des cas purs.

A. — C'est le fait en premier lieu de la *typologie :* Le facteur névropathique s'observe surtout chez des types asthéniques (42,8 %). C'est chez les névropathes que s'observe également la plus notable proportion de pycniques (28,5 %). Ces deux types se trouvent ainsi solidarisés avec les mêmes expressions morbides ou psycho-caractérielles. Cette notion est importante pour l'étude critique de la typologie kretschmérienne.

A l'opposé, en effet, on trouve, pour le facteur épileptique, une pré-

dominance du type athlétique (52,7 %). La prédominance typologique se dessine nettement pour les névropathies et l'épilepsie. Dans l'un comme dans l'autre de ces états, les types non prédominants se répartissent en proportion sensiblement équivalente (28,5 de pycniques et 28,8 % d'athlétiques chez les névropathes : 25 % de pycniques et 22,2 % d'asthéniques chez les épileptiques).

Les facteurs hystériques donnent lieu à des formules beaucoup moins typiques, fait que nous avions observé également à l'occasion du terrain caractériel. On y trouve une prédominance de formes athlétiques (48,2 %), asthéniques (34,4 %). La participation pycnique y est au contraire plus faible que dans les états d'autre nature. L'importance du terrain athlétique semblerait justifier les conceptions aux termes desquelles il y aurait, à certains points de vue, des éléments communs de terrain pour l'épilepsie et pour l'hystérie.

B. — La répartition des *antécédents convulsifs ou para-convulsifs* paraît être équivalente pour tous les types d'états. Toutefois, dans notre statistique (et ce, sous toutes réserves) :

a) les états névropathiques s'observent chez des sujets à hérédité plus faible (21,1 % des cas) que dans l'épilepsie (25 %) et surtout l'hystérie, où ce coefficient s'élève à 31,1 % ;

b) par contre, l'énurésie s'y retrouve avec une fréquence (contrairement à ce qu'on pourrait croire) plus grande que dans les autres états (42,8 % contre 34,4 dans l'hystérie et 33,3 dans l'épilepsie) ;

c) les convulsions du premier âge seraient légèrement plus fréquentes dans l'épilepsie (45,5 % des cas, contre 41,3 dans l'hystérie et 42 % dans les états névropathiques) ;

d) le somnambulisme serait plus fréquent dans l'hystérie (17,2 % des cas contre 13,8 % dans l'épilepsie (aucun cas dans la série névropathique) ;

e) les terreurs nocturnes, non retrouvées chez les névropathes, s'observent dans 8,3 % des cas d'épilepsie et 6,8 % des cas d'hystérie.

C. — *Le traumatisme céphalique* se répartit, dans notre statistique, presque également suivant les différents types de crises. Au contraire, le facteur *alcool* (personnel ou parental) intervient nettement dans la détermination du facteur épileptique. On l'y retrouve dans 38,8 % des cas contre 27,5 % pour l'hystérie et 21,4 % seulement chez les névropathes.

D. — Au point de vue *vagosympathique*, la recherche du réflexe oculo-cardiaque révèle de l'indifférence neurotonique dans les états épileptiques (15 vagotoniques contre 14 sympathicotoniques), une très légère prédominance de la sympathicotonie dans l'hystérie (14 cas contre 10 vagotoniques), une sympathicotonie manifeste dans les états névropathiques (8 cas contre 2 seulement de vagotonie). (Ce, avec les réserves que soulève, bien entendu, la recherche isolée d'un réflexe oculo-cardiaque pour l'appréciation des résultats).

E. — La recherche des éléments de petit mal dans leurs rapports avec la nature des crises montre l'importance des *vertiges*, comme plus spécialement spécifiques de l'état épileptique (on les retrouve chez 5 des 29 sujets ayant manifesté plus ou moins nettement des symptômes de la série épileptique et pas une seule fois chez les 26 sujets à pertes de connaissance simple). Par contre, les céphalées s'observent dans les formes plus atypiques : on les retrouve dans un quart des cas d'associations épileptiques et hystériques.

Conclusions : A ne s'en tenir qu'à ce qui précède, nous retiendrons ceci :

1° *Au point de vue diagnostic,* le diagnostic de la nature probable d'une crise nerveuse est possible, quand on n'a pas assisté à cette crise (et c'est le cas le plus fréquent) autant (sinon plus) par la conjoncture de la crise que par le caractère de la crise elle-même. L'étude de cette conjoncture, des antécédents, du génie morbide familial, en fournissant autant d'indices indirects, rend très difficile la simulation. Par sa complexité même, elle échappe aux risques de supercherie et cette notion a une importance considérable en pratique médico-légale.

2° *Au point de vue doctrinal,* les crises typiques sont relativement rares. Il y a un grand nombre de formes de passage, toutes révélatrices d'autant de terrains différents. Une crise ne présentant pas les caractères classiques de l'épilepsie doit faire rechercher un terrain particulier. Chaque sujet, pourrait-on dire, fait sa crise (ou sa succession de crises) à sa manière et en fonction de son terrain psychosomatique particulier. La nature des crises, l'étude de leurs éléments de typicité ou d'atypicité, font reconnaître le type de terrain, comme le type de terrain donne des présomptions sur la nature des crises. Cette notion a des conséquences pour la Réforme en milieu militaire, pour la responsabilité en matière médico-légale. Il ne peut y avoir, en dehors des cas typiques, que des appréciations d'espèce, tenant compte autant de la conjoncture et du terrain d'apparition des crises, que de la crise elle-même. En d'autres termes, les types de crises nerveuses, loin de spécifier autant de « maladies », séparées par des cloisons étanches, constituent des modes de réaction très généraux, dont la forme spécifie le terrain sur lequel elles évoluent. Elles sont d'autant plus violentes, d'autant plus « épileptiques » que le terrain général est moins morbide du point de vue somatique, ou, si l'on préfère, qu'il est biologiquement plus résistant.

3° *Au point de vue méthodologique,* la méthode utilisée dans

le problème des crises nerveuses, si imparfaite soit-elle, vaut cependant pour d'autres problèmes, qui d'ailleurs, il faut le reconnaître, s'y rattachent plus ou moins directement :

a) *Sur le plan caractériel simple,* la même méthode apporte pour l'analyse du caractère et la discrimination du comportement, des éléments ; elle permet de considérer : d'un côté les états comitiaux comme des formes paroxystiques et accidentelles d'un état caractériel spécial, beaucoup plus général, l'état *instinctuel ;* de l'autre, les états névropathiques et (dans une certaine mesure) hystériques, comme les formes paroxystiques d'un autre type caractériel tout aussi général : le type *émotionnel.* De l'alliage de ces deux tendances, à critères somato-psychomorbides opposés, est faite la personnalité.

b) *Sur le plan psychopathologique,* la méthode permet l'analyse et donne des aperçus sur la valeur d'un syndrome quelconque. Comme la crise, le syndrome vaut surtout dans sa signification comme dans son pronostic (qu'il s'agisse de troubles de la sphère intellectuelle, affective ou morale) par l'analyse du terrain morbide, personnel et familial. La nature des troubles psychiques doit tôt ou tard, tout comme la nature du terrain, faire reconnaître le type de terrain, comme la connaissance de ce terrain doit donner des indications sur la formule et le pronostic des troubles psychiques. Encore ne tenons-nous pas compte du point de vue biologique, qui, compris dans ce sens, fournirait certainement les bases de plans de clivage plus précis.

Ainsi, le problème des crises nerveuses se trouve-t-il étroitement rattaché non seulement à un problème de caractérologie et de psychopathologie générale, mais encore à celui, plus vaste, du terrain somatomorbide. L'étude de ce terrain n'est elle-même vraiment révélatrice que si elle intègre l'individu dans la connaissance plus générale de la lignée.

M. Gouriou. — La question des crises nerveuses doit être envisagée avec prudence. Il conviendrait de ne pas créer une nouvelle catégorie de crises qui aurait cours dans la terminologie militaire. Les tarés, on le sait, réagissent par des crises aux situations difficiles. Ils trouvent leur refuge dans une réaction incompréhensible pour le vulgaire. Des analyses trop minutieuses ne leur fournissent-elles pas de nouveaux prétextes pour éviter le service ? La meilleure thérapeutique semble résider dans une forte discipline qui les empêche de récidiver. Je demanderai donc à M. Dublineau s'il ne craint pas qu'au point de

vue médico-légal, le problème de la décision ne pâtisse de ces examens.

M. HARTENBERG. — Dans la communicatiin de M. Dublineau, j'ai relevé d'abord ce fait intéressant, que chez l'épileptique il ne relève pas de signes de névropathie. On ne trouve de signes de névropathie que dans les crises qui ne paraissent pas épileptiques. C'est une notion précieuse au point de vue caractérologique, parce qu'en général, les épileptiques ne sont pas des névropathes ; et ceci est à retenir pour la distinction de ces deux catégories, lorsqu'il s'agit de l'examen et du comportement en dehors des crises. Moi-même, j'ai été souvent embarrassé, mais l'épileptique étant essentiellement un organique, on trouve chez lui, dans 70 0/0 des cas, de petits signes neurologiques d'altération cérébrale.

Reste maintenant la question des « formes mixtes ». Sur ce terrain, je suivrai difficilement M. Dublineau. L'hystérie n'existe pas. Peut-être faut-il la rattacher aux états névropathiques. Quoi qu'il en soit, les formes mixtes d'hystéro-épilepsie existent moins encore. On l'a bien vu quand on a eu à juger des erreurs faites par Charcot. Il ne faut pas chercher de terrain de passage. Il y a : 1° une épilepsie nette ; 2° des crises névropathiques, émotives, chez des individus tarés, avec leur polymorphisme.

Au total, il me paraît intéressant d'avoir insisté sur l'absence de névropathie chez les épileptiques, mais je n'estime pas qu'il y ait à créer des types mixtes, intermédiaires.

M. Achille DELMAS. — Je dois souligner l'intérêt qu'il y a, à mon sens, à distinguer trois types de crises nerveuses : épileptique, émotive, hystérique, et il faut remercier M. Dublineau d'avoir poussé assez loin les recherches pour confirmer cette division en trois types. Si l'hystérie n'existe pas en soi, il faut bien admettre, à côté de l'épilepsie et de l'émotivité, une variété de maladies à crises qui rappelle ce qu'on avait nommé « hystérie ». M. Dublineau a cherché à compléter ces notions en dépassant l'accident lui-même, en recherchant les antécédents morbides, personnels et familiaux du malade, et en se plaçant sur le plan de la personnalité. C'est là, je crois, une méthode très féconde. Je dirais volontiers, à la suite de ce que j'ai observé moi-même, que ses résultats étaient à prévoir.

Contrairement à M. Hartenberg, je trouverais au contraire que M. Dublineau a glissé un peu vite sur l'hystérie. Il serait spécialement intéressant de savoir exactement ce qu'on trouve dans

ces cas là. Par contre, et comme M. Hartenberg, je crois qu'il ne faut pas faire de classification mixte. J'admets l'hystérie émotive, celle de Dupré : un émotif peut, à la rigueur, tirer parti de sa crise hystérique. Mais l'hystéro-épilepsie est un non-sens. Les crises hystéro-épileptiques sont les formes de simulation de crises épileptiques les plus réussies, mais c'est de l'hystérie.

M. Marchand. — Si nous voulons discuter avec fruit sur les caractères différentiels entre les crises convulsives épileptiques et les crises névropathiques, nous devons employer des termes avec leur signification classique et bien définie. La crise dite hystéro-épileptique est une crise hystérique et non un mélange, une combinaison de crise épileptique et hystérique. D'ailleurs cette forme de crise hystérique est devenue exceptionnelle. Je reconnais que l'appellation est défectueuse et peut prêter à confusion pour des cliniciens non avertis, mais c'est le sens qui lui est attribué dans tous les traités. Quand un sujet présente tantôt des crises épileptiques, tantôt des crises hystériques, ce qui s'observe parfois, on dit qu'il est atteint d'hystéro-épilepsie à crises séparées. Le déclenchement d'une crise convulsive sous l'influence d'un choc affectif émotionnel n'est pas nécessairement un caractère distinctif en faveur des crises névropathiques. On peut observer des crises épileptiques provoquées par un état émotif. Si le fait est peu commun, il n'en existe pas moins.

M. Laignel-Lavastine. — Ce que dit M. Marchand est tellement vrai que, tout à l'heure, nous allons présenter un cas de pycnolepsie chez un émotif qui, dans d'autres conditions, présenta des crises d'épilepsie typique, et de ce fait rentre dans la série épileptique.

M. Gouriou. — L'hystéro-épilepsie a pourtant été définie comme une affection différente de l'hystérie et de l'épilepsie.

M. Carrette. — Il y a une quinzaine d'années, j'ai présenté un cas d'hystéro-épilepsie à crises séparées : c'était un épileptique qui présentait, de plus, des crises d'hystérie.

M. Dublineau. — Je suis d'accord avec M. Gouriou pour éviter que le problème, posé sur le plan de la personnalité individuelle et familiale, ne donne lieu aux risques qu'il signale sur le plan médico-légal. Le fait, par exemple, pour un sujet, d'avoir une mère tuberculeuse, peut être, si l'on en croit ce que j'ai observé, l'indice que le sujet fera des crises de modalités spé-

ciales. C'est là un document complémentaire dans l'appréciation des cas, mais dont, en premier lieu, l'intéressé ignore la signification précise, et qui d'autre part, loin de le servir, peut au contraire permettre d'éviter la réforme, les crises se révélant, à la lumière de l'enquête, comme ayant toutes chances de n'être pas épileptiques. La notion de terrain est strictement médicale, elle figure dans notre appréciation intime du sujet. Elle ne peut déborder sur le plan médico-légal ou social. C'est notre rôle d'apprécier, en tout cas, dans quelle mesure elle doit intervenir.

A propos de l'hystérie, je répondrai à M. Delmas que précisément, dans la mesure où elle peut être individualisée en tant que crises, elle est beaucoup plus difficile à caractériser au début du terrain : terrain caractériel, terrain somatique, terrain vago-sympathique donnent des résultats neutres ou contradictoires, à moins qu'on ne considère, comme nous le relevons à la suite de Kretschmer et de ses élèves, qu'il y a dans l'éclosion de la crise hystérique des éléments qui la rapprocheraient, dans une certaine mesure, de la crise épileptique.

Enfin, contrairement à l'opinion courante, je crois fermement à l'intérêt de la notion d'hystéro-épilepsie. C'est elle qui permet d'expliquer, en dehors de toute question de maladie, l'adéquation de la forme de crise au terrain. Il faut envisager également, en effet, les crises non seulement en soi, mais encore au point de vue de leur succession dans le temps, avec leurs variations d'expression. On peut même se demander si ces variations ne traduisent pas autant de variations biologiques du terrain.

Epilepsie et pycnolepsie,

par MM. Laignel-Lavastine, Jean Delay, Durand et Fouquet.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société, à propos d'un cas clinique récemment observé, des faits nous paraissant contribuer à l'étude des rapports de la pycnolepsie avec l'épilepsie.

Notre observation concerne un jeune homme de 17 ans :

Observation. — A l'âge de 8 ans, Pierre H..., jusque-là bien portant, présente des troubles caractérisés par de petits mouvements de révulsion des globes oculaires d'une durée de 1 à 2 secondes et accompagnés d'un léger et bref fléchissement de l'activité psychique, — ces phénomènes se produisaient 1 à 2 fois tous les 3 ou 4 jours, sans régularité. Le petit, qui venait de perdre sa mère, est alors placé en pension, dans un milieu familial déplorable. A ce moment, se produisit

ce qui apparaît aux yeux du père de l'enfant comme la manifestation initiale ; un matin, au réveil, on constate que le jeune Pierre H... a uriné dans son lit et se trouve dans un état confusionnel qui dure quelques heures. Depuis cette date, se sont installées des crises en tous points semblables à celles qu'il présente aujourd'hui : 15 à 20 fois par jour, crise oculogyre de 10 à 12 secondes avec psycholepsie. Malgré cela, Pierre H... continue sa scolarité normale et fréquente régulièrement le lycée jusqu'en juillet 1939. A noter que, vers l'âge de 13 ou 14 ans, le nombre quotidien des crises, qui présentent toujours la même symptomatologie, augmente (20 à 25 et jusqu'à 30). Toutes les thérapeutiques anti-épileptiques essayées, ou bien ont un effet nul, ou bien n'amènent qu'une sédation passagère.

Souvent, au cours d'examens successifs, nous avons pu observer des crises spontanément apparues chez notre malade ; nous décrirons d'abord les manifestations motrices, puis les manifestations psychiques, toujours strictement concomittantes. Les premières sont essentiellement constituées par des crises oculogyres avec déviation des deux globes oculaires, révulsés verticalement en haut ; les paupières restent ouvertes et on aperçoit les globes oculaires, soit animés de petites secousses cloniques, réalisant une sorte de nystagmus vertical, soit restant en contraction tonique ; le plus souvent, pas de mouvements associés des paupières ou des sourcils ; parfois, on note de la protrusion des lèvres, qui forment une espèce de moue. En aucun cas, nous n'avons remarqué une participation motrice quelconque des membres. Si un acte automatique est en cours quand survient l'accès (marche par exemple), il peut être continué et ralenti, mais ne cesse pas brusquement ; en effet, il n'y a aucun effondrement du tonus, qui reste absolument normal. Pendant la crise, la sensibilité paraît abolie, la réflectivité n'a pu être correctement étudiée en raison de sa rapidité d'apparition et de son peu de durée.

Les symptômes psychiques, exactement concomitants, consistent en une perte immédiate et complète de toute conscience. C'est une psycholepsie profonde pendant laquelle aucun stimulus n'est perçu. Après 10 à 12 secondes de crise, le malade revient à lui sans aucune confusion post-critique ; tout de suite réadapté, il s'excuse avec un sourire : « oui, je viens d'en avoir une » et continue la conversation à l'endroit exact où elle avait été interrompue.

En dehors des crises, l'examen somatique est négatif, de même qu'une série d'examens complémentaires, paralysie générale, Bordet-Wassermann dans le sang, examen des urines, recherches parasitaires dans les fèces ; la calcémie est normale ; la radio du crâne et l'examen du fond d'œil ne montrent aucune anomalie.

Quant à l'examen psychologique, au point de vue intellectuel, Pierre H..., dont la scolarité a été normale, possède une intelligence moyenne; l'exploration par les tests de son jugement, de son raisonnement, de sa mémoire est très satisfaisante. Le contact facile que nous avons

avec lui, les renseignements fournis par son père, qui nous le décrit comme un fils affectueux et ayant les préoccupations habituelles de son âge, nous incitent à considérer son développement affectif comme normal.

Le diagnostic porté fut celui de pycnolepsie.

On sait que c'est à Friedmann que l'on doit la description, en 1906, d'une maladie survenant chez les enfants et caractérisée par des absences fréquentes, courtes et mnésiques, de pronostic bénin. Primitivement rattachées à la narcolepsie par Friedmann, ces absences non épileptiques furent bientôt signalées par de nombreux auteurs — pour la plupart de langue allemande ou anglaise — qui en ont complété l'étude clinique, et les ont individualisées en une entité morbide sous des noms divers dont le plus connu aujourd'hui est celui de pycnolepsie (M. Sauer, 1917). Dès le début de ces travaux s'est posée la question de l'autonomie de cette affection : soit qu'on ait tenté de n'en faire qu'une forme clinique de la spasmophilie, soit qu'on ait invoqué la nature hystérique de ces accès. Mais la discussion resta centrée autour de l'épilepsie.

En langue française, le plus récent et aussi le plus complet article étudiant les rapports de la pycnolepsie et de l'épilepsie, est dû à MM. Marchand et Ajuriaguerra (*Gazette des Hôpitaux*, n^os^ 25-26, avril 1940). Ces auteurs apportent des observations de pycnoleptiques devenus épileptiques et concluent que le syndrome pycnoleptique ne peut être envisagé que comme une forme clinique de la comitialité infantile.

Les auteurs qui soutiennent l'autonomie de l'affection avancent une série d'arguments que l'on peut résumer ainsi : *a*) la pycnolepsie est une affection de l'enfance : elle débute toujours avant la puberté ; *b*) la pycnolepsie est remarquable par le nombre élevé des crises journalières ; *c*) les crises se reproduisent d'une manière monotone avec, d'emblée, le même rythme et la même fréquence ; *d*) absence de toute manifestation épileptique tant motrice que psychique (en particulier intégrité intellectuelle et affective) ; *e*) inefficacité constante des traitements antiépilepiques ; *f*) guérison à la puberté ; *g*) absence d'antécédents héréditaires. En réalité, aucun des facteurs essentiels indiqués n'est décisif ; pris isolément, ils n'ont aucune valeur, et d'autre part extrêmement rares sont les cas qui les rassemblent tous en faisceau.

Dans notre observation, on peut remarquer que l'affection a en effet débuté dès l'enfance (8 ans), que les crises se repro-

duisent d'une manière monotone, sans grande différence entre elles, avec une fréquence ayant atteint 30 par jour, que le développement intellectuel et affectif de notre malade est parfait, et qu'enfin on ne trouve aucun antécédent héréditaire.

Par contre, en décrivant l'histoire de la maladie, nous avons vu que le début a été marqué par des crises minimes plus rares, plus courtes et moins intenses que celles qui ont suivi ; qu'une manifestation franchement épileptique avec miction et état confusionnel post-critique avait ouvert la scène ; que la puberté, loin de faire cesser les crises, en a augmenté la fréquence ; enfin le diphényl-hydantoïne (0,40 par jour), associé au sulfate de benzédrine (0,015 par jour), a agi d'une manière heureuse réduisant le nombre des crises à 6 ou 10.

L'importance possible de certains facteurs affectifs dans le conditionnement de cet état, dont on se rappelle les conditions d'apparition, nous incita à explorer en profondeur le psychisme de notre sujet, et à faire usage de scopochloralose pour obtenir un état de moindre résistance à l'analyse psychologique. Or l'ingestion d'un cachet de scopochloralose à 0 gr. 50 déclencha au bout d'une heure un véritable état de mal pycnoleptique, qui dura 12 heures, et au cours duquel se déroula une série de manifestations signant la nature comitiale du syndrome : ces phénomènes nous ont paru être l'expression d'une libération par inhibition toxique de l'action freinatrice corticale. Pendant toute la durée de l'épreuve se sont succédé des crises oculogyres subintrantes, accompagnées de psycholepsie ; chacune avait une durée moyenne de 20 à 40 secondes après lesquelles, spontanément, s'établissait un état de repos pendant lequel notre malade récupérant instantanément toute son activité psychique, était capable d'exécuter les ordres donnés et de répondre à nos questions avec précision. Sous l'influence de stimuli divers (auditifs, visuels, douloureux, olfactifs), il était possible de « réveiller » le malade ; la crise oculogyre cessait et la conscience renaissait sans trace de confusion ; Pierre se maintenait à ce niveau pendant 30 à 40 secondes, puis de nouveau était terrassé par une crise. Celle-ci tardait-elle à se produire, on pouvait en le stimulant de la voix le précipiter dans sa crise. Pendant l'état de mal le réflexe cutané-plantaire se faisait en extension ; il cessait immédiatement dès que la crise oculogyre cessait, soit spontanément, soit sous l'influence d'un stimulus quelconque ; dès qu'à volonté on replongeait le malade en crise, le signe de Babinski réapparaissait. L'ensemble de ce tableau clinique s'est modifié progressivement pendant les 12 heures que le toxique a mis pour s'éliminer :

vers la 3e heure, est apparu un état de petit mal psychomoteur : aux absences et aux crises oculogyres subintrantes s'ajoutèrent des manifestations motrices convulsives nettes aux extrémités des membres supérieurs (pouce en particulier), puis à la face : mouvements cloniques des paupières et des sourcils pendant la crise oculogyre, mouvements rythmiques des mâchoires, et myoclonies de la face ; aux membres inférieurs enfin mouvements d'adduction des cuisses également rythmiques. Enfin à la 8e heure une grande crise épileptique typique avec ses deux phases cloniques avec miction, suivie de stertor, fut observée (pas de morsure de langue).

Une deuxième épreuve au scopochloralose apporta les mêmes résultats: crises oculogyres subintrantes, signe de Babinski intermittent, apparition à la 3e heure d'un état de petit mal psychomoteur et à la 8e heure d'une grande crise épileptique typique. Un enregistrement électroencéphalographique fut réalisé et montra que les modifications de l'activité bio-électrique se superposaient exactement dans le temps aux variations cliniques : pendant le temps des repos, spontanés ou provoqués, par divers stimuli, on notait le rythme ordinaire ; dès qu'apparaissait la crise, l'amplitude passait de 30 microvolts à 800 microvolts, la fréquence du rythme baissait à trois par seconde, et chaque onde dessinait alors la forme typique caractéristique de l'épilepsie mineure, que l'un de nous a comparée à une coupole suivie d'un minaret.

Nous avons complété l'examen de notre malade en priant Mme Minkowska de bien vouloir le soumettre au test de Rorschach ; voici, d'après les notes qu'elle a mises à notre disposition, l'essentiel des résultats : le triage des réponses met en évidence constamment deux tendances ; ainsi les réponses « formes » donnent d'une part des réponses globales, à caractère concret, et de l'autre une profusion de petits détails, isolés, abstraits, et symétriques. Les « kinesthésies » elles-mêmes sont nombreuses, mais freinées par un élément stable qui les tempère ; enfin les réponses « couleurs » sont aussi subordonnées aux notions de symétrie. En somme, il y a toujours opposition apparente entre l'ensemble et le petit détail isolé, entre concret et abstrait, entre mouvementé et immobile, entre coloré et terne, entre l'image artistique, expression nuancée et sensorielle, et un géométrisme précis et rigide. Mme Minkowska conclut : au point de vue psychique, il s'agit indiscutablement d'une épilepsie, mais d'une forme très particulière où un élément structural étranger paraît freiner les tendances profondes.

En concluant, rappelons que de nombreux auteurs ont cherché à reproduire expérimentalement ou à déclencher les crises pycnoleptiques : le scopochloralose est peut-être le produit qui le permette. Quoi qu'il en soit son action pharmacodynamique nous a permis de faire la preuve, dans notre observation, de la profonde identité de l'épilepsie et de la pycnolepsie, fait confirmé par l'examen électroencéphalographique. C'est pourquoi nous proposons de conserver le terme de pycnolepsie pour autant qu'il définit une forme clinique de l'épilepsie ; mais à condition de ne pas lui attribuer la valeur d'une entité morbide autonome.

M. Marchand. — La place nosologique de la pycnolepsie a fait l'objet de nombreuses discussions. Cette affection a été considérée tour à tour comme une entité morbide, comme une forme de narcolepsie, de cataplexie, de spasmophilie ; on a attribué également aux accidents une origine psychogène et on a été jusqu'à les regarder comme constituant une forme d'hystérie. La question de ses rapports avec l'épilepsie reste la plus importante. Quand, avec Bauer, j'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de pycnolepsie, j'ai pu montrer qu'il s'agissait de manifestations d'épilepsie infantile ; même interprétation avec les cas étudiés avec Delmont et avec Ajuriaguerra. Chez un de nos sujets observé dernièrement, l'enregistrement électroencéphalographique des accidents a de plus donné un tracé typique pour les crises épileptiques de petit mal.

Dans de nombreux cas, le passage de la pycnolepsie à la comitialité se fait plus ou moins longtemps après le début de la maladie. Il est curieux de voir que parmi les huit cas rapportés par Mme Sauer, qui considérait la pycnolepsie comme une entité morbide, cinq sur six, suivis par Jansen, devinrent épileptiques. L'observation présentée par le Professeur Laignel-Lavastine et ses collaborateurs est un nouvel exemple de pycnolepsie, forme d'épilepsie mise en évidence cliniquement, puisque le sujet a présenté spontanément une crise convulsive classique, expérimentalement puisqu'un état de mal avec signes d'organicité a pu être provoqué, enfin biologiquement puisque l'examen électroencéphalographique a décelé une courbe typique de petit mal en rapport avec les crises oculogyres.

M. Hartenberg. — La communication de M. Laignel-Lavastine et de ses collaborateurs me fait un double plaisir : elle soumet à notre discussion un problème non encore résolu ; et M. Laignel-Lavastine vient nous démontrer que la pycnolepsie n'est autre

chose que de l'épilepsie, comme tous les bons cliniciens l'ont vu depuis longtemps, tant elle ressemble aux absences épileptiques de l'enfant. La plupart des enfants qui ont présenté de la pycnolepsie deviennent plus tard des épileptiques. Dira-t-on que chez eux, la pycnolepsie s'est transformée ? Je ne nie pas que ces absences présentent des caractères particuliers, mais c'est de l'épilepsie pure et simple. L'absence, on l'oublie trop, constitue le trouble typique, caractéristique de l'épilepsie, beaucoup plus que les convulsions. La pycnolepsie n'existe donc pas ? Dès lors, pourquoi garder le terme ? La neuro-psychiatrie est bien assez encombrée de termes ! Je voudrais qu'on raye purement et simplement la pycnolepsie du vocabulaire. On devrait dire : absence épileptique chez l'enfant.

M. Dublineau. — Chez l'enfant, je me demande si le problème de l'absence est tout entier résolu par l'épilepsie, et s'il ne se rattache pas au problème, bien plus vaste, des troubles de l'attention. Il existe, à partir de l'absence épilepique, toute une série de formes dégradées (l'enfant dans la lune, etc.), qui doivent pour le moins faire éviter des catégorisations trop tranchées. La question est probablement plus complexe.

M. Brissot. — Je crois aussi que la question de l'absence chez l'enfant est complexe. Ce qui tendrait à me le faire croire, c'est le peu d'efficacité du gardénal dans ces cas ; seuls agiraient les arsenicaux, le sulfarsénol.

M. Marchand. — La résistance au gardénal n'est pas caractéristique des absences infantiles. Chez l'adulte, les absences sont aussi les manifestations les plus difficiles à faire disparaître par le gardénal. Aussi l'argument de M. Brissot ne me paraît-il pas démonstratif.

M. Ach. Delmas. — J'allais le dire. En face des absences, le diagnostic du médecin non spécialisé est celui d'hystérie. Et l'on soumet alors le jeune sujet à des traitements de force, à une discipline rigoureuse : le résultat est, bien entendu, déplorable. Dans un cas, suivi avec MM. Heuyer et Cl. Vincent, nous avons pu mettre en évidence des séquelles d'hydrocéphalie avec des digitations osseuses très nettes ; ainsi la radiographie du crâne peut-elle être de quelque utilité dans des cas de ce genre.

Electro-choc dans un cas de manie aiguë chez une tuberculeuse. Amélioration importante de l'état pulmonaire, par MM. J. RONDEPIERRE. Pierre BOURGEOIS et Mlle BARRAT.

La tuberculose pulmonaire est une contre-indication classique des traitements de choc. A la Société Médico-Psychologique, le 22 mai 1939, MM. Larrivé, Mestrallet et Carrier avaient bien publié le cas d'un dément précoce porteur d'un pneumothorax et traité sans aggravation par le cardiazol, mais, à la même séance, MM. Demay, Soulairac et Naudascher rapportèrent trois observations à propos desquelles ils attiraient l'attention sur le danger de la cardiazol-thérapie dans les tuberculoses latentes à symptomatologie silencieuse. Aussi hésitâmes-nous beaucoup avant d'appliquer le traitement par l'électro-choc à une malade qui crachait des bacilles de Koch et présentait un foyer tuberculeux en évolution. Son observation nous paraît intéressante à relever :

OBSERVATION. — Mme R..., âgée de 28 ans, entre pour un état de manie typique avec « euphorie, jeu de mots, fuite des idées, chants, sifflements, dénudation, danses, grimaces » (certificat immédiat). Elle crache partout et reste subfébrile pendant quelques jours. L'examen physique montre une diminution du murmure vésiculaire à droite et, surtout, à gauche un foyer bien limité de râles sous-crépitants au niveau de la partie moyenne para-vertébrale. On note dans ses antécédents : une tante morte de tuberculose, sa mère a eu une pleurésie et elle-même est traitée par les sels d'or depuis trois ou quatre ans pour une pleurite (?). Une radiographie faite avant la guerre montre une image thoracique normale. Un nouveau cliché est demandé : il montre, à gauche, dans la région inter-cléido-hilaire, une série d'images micro-aérolaires en nid d'abeilles. Enfin, la présence de nombreux bacilles de Koch à l'examen direct vient confirmer la nature tuberculeuse de ces lésions. La malade est apyrétique, mais son agitation ne cesse de croître ; en 15 jours, son amaigrissement est déjà de 1 kg. 500.

On est en présence du dilemme suivant : ou bien laisser évoluer l'accès maniaque, en lui-même de bon pronostic, mais il est à craindre que la malade ne puisse en faire les frais et que la terminaison se fasse rapidement vers la dissémination et la mort ; ou bien, faire cesser cet état d'agitation, premier temps indispensable d'un traitement quelconque de la tuberculose pulmonaire. Dans ces conditions, un traitement de choc ne paraissait pas plus redoutable que la première alternative. On pratiqua donc six séances d'électro-choc dans

l'intervalle desquelles on ne constata aucune élévation de la température ; à partir du 4e choc, la malade redevint calme et retrouva le sommeil. Elle ne crachait presque plus et même, après homogénéisation, on ne retrouvait pas de bacilles de Koch. Le 3 novembre, nous constatons avec étonnement, à la radio, une régression nette de l'image para-hilaire. Sortie trop précocement sur la demande de sa famille, Mme R... fait une rechute presque immédiate ; la rémission, cette deuxième fois, nécessite une dizaine de chocs, d'ailleurs provoqués presque quotidiennement, vu l'état pulmonaire satisfaisant. Un traitement de consolidation est poursuivi jusqu'à un total de 21 séances. L'amélioration radiologique a continué, sauf durant une poussée fébrile (38°-39° pendant 7 jours), due à un épisode pulmonaire grippal au cours duquel le traitement fut suspendu. Actuellement, la malade est en rémission, elle ne tousse plus, elle ne crache plus, son état général est excellent et on constate à la radiographie un effacement progressif des images pathologiques para-hilaires gauches.

Ainsi, sans vouloir prétendre que l'électro-choc ait guéri cette tuberculose pulmonaire (!) du moins, pouvons-nous dire qu'il a pu être appliqué sans provoquer aucune aggravation. On peut se demander si les dangers signalés avec le cardiazol n'étaient pas dus plus à la substance injectée qu'à l'action convulsivante elle-même. M. Bartoloni, s'appuyant sur la réaction de Donaggio, a cru pouvoir montrer que l'électro-choc « détermine dans l'organisme un déséquilibre moins intense et plus bref que les crises au cardiazol » (1).

En tout cas, l'étude comparée du protocole des séances avec les deux méthodes montre, pour chaque crise, une durée presque double des crises « cardiazoliques ». D'autre part Frey (2) (*Haematologica*, XX, 725, 1939) a observé deux cas d'anémie mortelle due au traitement cardiazolique ; expérimentant sur des animaux, il a constaté la nocivité de ce médicament sur le foie et le système hématopoiétique. Il n'est pas douteux que la substitution d'un excitant électrique est un avantage certain dans la thérapeutique convulsivante. Nous avons traité sans incident plusieurs malades ayant eu, jadis, des manifestations bacillaires (adénite cervicale, fistule anale, pleurésie, etc...). Nous avons recueilli d'un phtisiologue particulièrement averti et d'une expérience étendue, le Docteur P. Ameuille, l'avis suivant :

(1) Article de Bartoloni, page 325 du livre du Pr. Ugo Cerletti : « L'elettro-shoek ».

(2) Cité par Dott. Mario Felici : Le modificazioni ematiche nel trattamento con l'elettroshoek, page 307, Ugo Cerletti : « L'elettroshoek ».

les crises comitiales, d'ailleurs rarissimes chez les tuberculeux, sont infiniment moins dangereuses au point de vue pulmonaire qu'une agitation de quelque importance. Dans plusieurs cas, M. Ameuille a vu, chez des tuberculeux en bonne voie de guérison, une aggravation mortelle survenir du fait d'un état d'excitation maniaque.

En conclusion : l'état général surtout doit être pris en considération dans la cure par l'électro-choc (1) ; poser la tuberculose comme une contre-indication *absolue* conduirait à éliminer un nombre considérable de malades susceptibles de bénéficier d'un des rares traitements actifs en psychiatrie. Il n'y a que des cas d'espèce.

M. Ach. Delmas. — Cette malade a-t-elle eu des accès antérieurs ? Etait-elle dans un état hypomaniaque ou maniaque franc ? Ce qu'il y a d'intéressant chez elle, c'est que la tuberculose n'ait pas été aggravée, mais plutôt améliorée, au cours du traitement. Dans les états maniaques, l'exaltation des processus vitaux pourrait, à elle seule, expliquer l'amélioration de la tuberculose. Quoi qu'il en soit, le fait qu'une tuberculeuse ait subi l'électro-choc avec succès est à retenir. Manie et électro-choc coïncident dans leur action d'invigoration organique, et l'on conçoit bien que la tuberculose en ait reçu une influence favorable.

M. Dublineau. — L'opinion des phtisiologues, que l'on nous rapporte sur la rareté de l'épilepsie dans la tuberculose pulmonaire, ne me surprend pas. Elle ne fait que confirmer ce que soulignait la statistique que j'apportais à cette même séance, sur le terrain dans les crises nerveuses.

M. Brousseau. — Retrouve-t-on des accès maniaques dans la lignée de cette malade ?

M. Rondepierre. — Rien dans les antécédents personnels de la malade, mais elle représente un cas d'hérédité précessive. La mère, en effet, a été internée pour la première fois quelques jours après sa fille, à la suite, semble-t-il, de l'émotion provoquée par l'apparition des troubles mentaux chez celle-ci. Peu

(1) C'est ainsi, qu'après avis d'un cardiologue compétent, nous avons pu traiter sans incident par l'électro-choc (comme aussi par l'insuline) des malades, sans manifestations cliniques nettes au point de vue somatique, mais dont l'électrocardiogramme était nettement anormal.

de renseignements sur la crise de la mère, internée à Evreux : dépression avec début par des idées de persécution.

C'est précisément parce qu'il s'agissait d'un cas de manie où se trouvent exaltés tous les moyens de défense de l'organisme, que nous nous sommes décidés à tenter l'électro-choc. Dans la mélancolie, au contraire, où ces moyens de défense sont inhibés, nous serions certainement plus circonspects. Nous avons actuellement une pensionnaire atteinte de confusion mentale récente qui fait une poussée de tuberculose pulmonaire très grave ; nous n'avons pas jugé à propos de lui appliquer un traitement par l'électro-choc, en raison du mauvais état général, de l'absence d'agitation, enfin de l'apparition récente des troubles mentaux susceptibles de guérir spontanément.

Electro-chocs. Résultats thérapeutiques et conclusions, par MM. Leulier, Leclercq et Casalis.

Nous nous proposons de vous présenter brièvement les résultats thérapeutiques obtenus sur les 33 malades que nous avons traités, durant ces quatre derniers mois, par la méthode du Professeur Cerletti.

Le groupe le plus important est constitué par 12 mélancolies types et 6 syndromes mélancoliques atypiques.

Un autre groupe est formé de 11 déments précoces, tous malades anciens.

Enfin, nous avons traité par l'électro-choc, 2 psychasthéniques, 1 confusion mentale, et 1 hypocondriaque.

Les *résultats thérapeutiques* sont les suivants :

Sur les 12 mélancolies types : 11 rémissions complètes, 1 malade améliorée, encore en cours de traitement.

Sur les 6 syndromes mélancoliques atypiques : 4 rémissions complètes : 1 mélancolique de 70 ans, ayant présenté un état mixte, 1 anorexie mentale avec substratum mélancolique, 1 mélancolique avec syndrome émotif et un état dépressif avec probabilité de démence précoce au début, 2 échecs, dans deux cas de mélancolie d'involution.

En résumé, nous avons traité 18 *syndromes mélancoliques* et obtenu 15 rémissions complètes, rémissions qui ne sont pas des coïncidences, car elles se sont réalisées sous nos yeux, progressivement, au cours du traitement.

D'autre part, chaque fois que pour une raison quelconque, le

traitement n'a pas été poursuivi assez longtemps, nous avons constaté soit un arrêt, soit un recul de l'évolution vers la rémission.

Nous n'avons eu à traiter qu'une seule *confusion mentale* datant de cinq mois. Nous avons fait à cette malade, en tout, 14 électro-chocs. Dès le deuxième, la rémission était apparemment complète. Connaissant les rechutes signalées précédemment dans des cas analogues, nous avons poursuivi le traitement, et la malade est partie parfaitement remise.

2 *psychasthéniques* ont été traitées par la même méthode. L'une, nettement améliorée après dix chocs, est retombée malade rapidement. La deuxième n'a pas été modifiée par le traitement.

Enfin, nous avons traité un *délire hypocondriaque*. par 8 électro-chocs qui n'ont amené aucune modification de l'état du malade.

Sur les 11 *schizophrènes* remontant tous à plus de deux ans : 1 malade, en rémission depuis trois ans après une cure d'insuline, est revenue à la suite d'une rechute. Trois électro-chocs ont amené une nouvelle rémission.

Chez les autres malades de ce groupe, nous n'avons pas constaté de modification du fond mental de la démence précoce. Par contre, nous avons toujours obtenu une amélioration de l'excitation hébéphrénique ou de l'opposition catatonique, avec cessation, souvent rapide, du gâtisme, de la sitiophobie, du mutisme.

Quels sont les *caractères de la rémission* ? Souvent très rapides. Cette rapidité ne paraît pas avoir de rapport avec l'ancienneté de la maladie. Que la rémission soit rapide ou non, le traitement ne peut être arrêté dès son apparition. Un certain nombre de chocs progressivement espacés est nécessaire pour assurer un résultat durable.

Les *contre-indications* paraissent, sinon moins nombreuses que pour l'insulinothérapie, certainement plus rares que pour la cardiazolthérapie. En ce qui concerne l'âge, nous avons traité, sans aucun signe d'intolérance : 1 femme de 70 ans, 1 homme de 68 ans et 2 autres malades ayant dépassé 60 ans. Nous n'avons eu que trois incidents. Chez un malade mélancolique présénile, après le troisième électro-choc, une tachy-arythmie nous a obligés de cesser le traitement. Une anxieuse avec sclérose pulmonaire importante fait immédiatement après chaque choc, pendant la phase post-comateuse, une asphyxie qui semble céder à l'atro-

pine ; malgré le caractère impressionnant de ces phénomènes, nous avons pu poursuivre le traitement avec prudence. Une troisième, mélancolique, a présenté, au cours des trois premiers électro-chocs, un état d'hyper-vagotonie avec arrêt des pulsations et état syncopal, qui a cédé à la caféine et au Pressyl. Il est à noter que ces épisodes, plus alarmants que graves, apparaissent surtout lors des premiers électro-chocs. Par la suite, ces troubles s'amendent ou disparaissent et le traitement peut être poursuivi sans inconvénient.

Nous n'avons eu *aucune complication* osseuse ou articulaire, telles que luxation et fractures.

L'*amnésie*, consécutive à l'électro-choc, ne persiste guère, nous avons constaté sa disparition au maximum 15 jours après le dernier choc.

Il ne faut pas s'en tenir à une crise avortée. Les sursauts ou les pertes de connaissance sans crise convulsive provoquent de l'anxiété et ne sont pas suivis d'amélioration.

Nous avons presque toujours constaté, pendant ou aussitôt après la cure, un réveil rapide de l'appétit, une amélioration de l'état général et très souvent une augmentation de poids.

Chez les malades opposants ou difficiles, l'*insulinothérapie préalable*, à dose hypoglycémiante, permet l'application du traitement et semble même abaisser le seuil convulsivant.

Le traitement peut être appliqué sous forme ambulatoire à des malades externes, à la condition qu'après le choc, ils trouvent, chez eux, un milieu calme et qu'ils ne cessent pas prématurément la cure aux premiers signes d'amélioration.

M. Gouriou. — Quelle a été la plus grande durée des rémissions ?

M. Ach. Delmas. — Au bout de combien de temps guérissent les cas récents ?

M. Leulier. — Nous n'avons commencé le traitement que depuis 4 mois. La rémission se montre au bout d'un temps très variable : une mélancolie datant de 4 ans a cédé en 15 jours ; un cas de 2 mois a cédé au bout de 4 jours.

La séance est levée à 18 heures 30.

Les secrétaires des séances :
Paul Carrette et Jean Dublineau.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER, séance exclusivement réservée à des préseutations, aura lieu le *lundi 12 janvier 1942,* à 10 heures *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 janvier 1942,* à 16 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 février 1942,* à 16 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 mars 1942,* à 10 heures *très précises,* à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mars 1942,* à 16 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 avril 1942,* à 16 heures *très précises,* au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le Dr ROGUES DE FURSAC, Médecin-Chef honoraire des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Nominations

M. le Dr Edert est nommé Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

M. le Dr Régis est nommé Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) ;

Mme le Dr Gardien est nommée Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le Dr Gardien est nommé Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique autonome d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le Dr Donnadieu est nommé Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique de Chézal-Benoît (Allier) ;

M. le Dr Perrussel est nommé Médecin-Directeur de l'hôpital psychiatrique de Fanis-les-Sources (Meuse) ;

M. le Dr Capelle est nommé Médecin-Chef à l'hôpital psychiatrique de Fanis-les-Sources (Meuse).

Création de postes

Un deuxième poste de Médecin-Chef de service est créé à l'hôpital psychiatrique de Prémontré (Aisne) ;

un troisième poste de Médecin-Chef de service est créé à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

MAISONS DE SANTÉ

Institution d'un Comité d'organisation des Maisons de Santé privées

Par décret du 29 novembre 1941 :

Article premier. — Il est institué, par application de la loi du 16 août 1940, un Comité d'organisation des maisons de santé privées de toutes catégories.

Art. 2. — Le Comité est chargé :

1° De donner les directives générales à l'ensemble de ces établissements, qu'il devra recenser dans les trois mois à dater de la mise en vigueur du présent décret ;

2° D'étudier toutes les questions et de soumettre au Gouvernement tous projets concernant leur exploitation, notamment les modalités à prévoir pour leur classement, les conditions de leur installation et de leur fonctionnement ;

3° D'organiser, avec les services publics compétents, la répartition de tous objets, produits ou denrées nécessaires auxdits établissements.

Le Comité représente l'ensemble des établissements dans leurs rapports avec les pouvoirs publics et les organismes ou groupements de toute nature, français ou étraugers.

Art. 3. — Le Comité comprend huit membres nommés par le Secrétaire d'Etat à la famille et à la Santé qui désigne parmi eux un président responsable.

Les fonctions de commissaire du Gouvernement auprès du Comité sont exercées par le directeur de la Santé ou son représentant.

.....

Art. 6. — Le président responsable, les membres du Comité ou des Commissions, ainsi que leurs collaborateurs, sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 378 du code pénal.

Art. 7. — Le Comité d'organisation est doté de la personnalité civile.

.....

Nomination du Comité d'organisation des Maisons de Santé privées

Par arrêté du 1er décembre 1941, sont nommés *membres du Comité d'organisation des Maisons de Santé privées de toutes catégories :*

MM. les Drs Edmond Bussard, Rémi Courjon, Albert Desgranges, Lucien Fromenteau, Jean Haour, Paul Jacquet, André Rigal, François Tobé.

Les fonctions de *président responsable du Comité* seront assumées par M. Bussard.

(*Journal Officiel*, 4 décembre 1941.)

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Doping, alimentation et performances militaires

Sous ce titre, M. L.-M. Sandoz, docteur ès sciences, a publié dans le *Journal de Genève* (12 novembre 1941) une étude d'actualité fort intéressante.

A propos du rôle attribué aux suppléments de viande et aux distributions exceptionnelles d'alcool aux troupes en cas d'efforts extraordinaires, de marches prolongées ou de basse température, M. Sandoz rappelle que si l'alcool n'est plus maintenant considéré que comme un agent de stimulation de second ordre, il n'en est pas de même de la viande à laquelle on attribue aujourd'hui une très grande valeur. Il n'est pas besoin de rappeler ici les expériences qui démontrent que l'alcool, à doses actives, est, en réalité, un agent inhibiteur du système nerveux central et influence défavorablement tout effort physique accompli en liaison avec une activité psychique.

Mais on a maintenant recours à d'autres procédés de stimulation. Les méthodes de guerre de ce xxe siècle, écrit M. Sandoz, ont montré que l'ennemi public n° 1 des armées est, plus encore aujourd'hui qu'autrefois, *la fatigue générale et nerveuse.* Aussi l'hygiène la plus stricte doit-elle être observée par les combattants. Il est cependant des circonstances dans lesquelles on peut désirer avoir recours à une stimulation artificielle. Dans ce cas, les excitants les mieux connus et les plus employés actuellement sont la pervitine et la benzédrine qui appartiennent au groupe pharmacodynamique des sympathicomimétiques, soit à la catégorie des substances connues sous le nom d'adrénaline et d'éphédrine. Ces corps, qui favorisent la capacité d'effort psychique, la puissance de concentration, la faculté d'idéation et d'association des idées, créant une véritable euphorie, avaient été jusqu'ici utilisés surtout

par des étudiants pour accomplir des efforts psychiques ou par des sportifs en vue d'efforts physiques et de tentatives de records. Ils ont une action dynamogénique certaine. Connues en général sous le nom de « Weekamine » et vendues en particulier sous le nom de « Stukatabletten », ces substances inhibent la faim, le besoin de sommeil et suppriment la sensation de fatigue. Il a été établi qu'à la dose de 3 à 9 mgr. pour la pervitine, et qu'à la dose de 6 à 15 mgr. pour la benzédrine, le potentiel d'efficience psychique et physique est augmenté. L'action de 8 mgr. de pervitine dure facilement une dizaine d'heures et commence à se faire sentir une demi-heure à deux heures après l'ingestion de la substance.

Mais, en cas de surdosage, on ne tarde pas à noter de la tachycardie, une élévation de la pression artérielle, de l'agitation motrice, des vomissements, de l'insomnie, etc... (1). Des sujets normaux, ayant à effectuer des travaux normaux, ne sauraient attendre de cette médication que « des désagréments, éventuellement de l'accoutumance », l'épuisement des réserves du corps en toutes sortes de substances physiologiquement indispensables (vitamines, sels minéraux, protéines) et la mise à trop forte contribution des organes de la machine humaine. En créant de l'anorexie et de l'insomnie, la pervitine et la benzédrine ont une action nuisible à la santé générale et s'opposent aux nécessités de l'alimentation quotidienne. Cela alors que, pour procurer au soldat des réserves vitaminiques et énergétiques suffisantes, on fait appel aux tablettes vitaminées, aux aliments concentrés et à une nourriture à base de pommes de terre, de pain et de viande.

Seuls des soldats sains, entraînés et parfaitement alimentés pourront, dans des circonstances exceptionnelles, accomplir, sous l'action de cette médication, des performances exceptionnelles. Car, conclut M. Sandoz, le facteur alimentaire reste déterminant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés en 1941

Le *Prix Théodore Herpin* a été décerné à M. de Font-Réaulx.
Le *Prix Henri Lorquet* a été décerné à M. H. Duchêne.

Prix proposés pour l'année 1942

Parmi les prix à décerner en 1942 par l'Académie de Médecine et s'appliquant à la neuro-psychiatrie, on note :

Prix Baillarger. — Anonymat facultatif, partage interdit (thérapeutique des maladies mentales et organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés). — 2.500 francs.

Prix Charles Boullard. — Anonymat facultatif, partage interdit (maladies mentales). — 2.000 francs.

(1) La vente de ces corps n'est autorisée en Allemagne, en Angleterre et en Suisse que sur ordonnance médicale.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — Anonymat facultatif, partage interdit (épilepsie et maladies nerveuses). — 3.000 francs.

Prix Henri Lorquet. — Anonymat facultatif, partage interdit (maladies mentales). — 300 francs.

Prix Magnan. — Anonymat facultatif, partage interdit (question de médecine mentale posée par l'Académie) ; la question posée en 1942 par l'Académie est : « *Hormones sexuelles et troubles mentaux* ». — 3.500 francs.

Les concours seront clos fin février 1942.

Prix proposés pour l'année 1943

Parmi les prix à décerner en 1943 par l'Académie de Médecine et s'appliquant à la neuro-psychiatrie, on note :

Prix Théodore Herpin (de Genève). — Anonymat facultatif, partage interdit (épilepsie et maladies nerveuses). — 3.000 francs.

Prix Henri Lorquet. — Anonymat facultatif, partage interdit (maladies mentales. — 400 francs.

Les concours seront clos fin février 1943.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

M. le Dr Paul Delmas-Marsalet, agrégé, est nommé *professeur titulaire de la Chaire de clinique des maladies nerveuses et mentales* de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

UNIVERSITÉ DE LILLE

M. le Dr Nayrac, agrégé libre, est nommé *professeur titulaire de la Chaire de neurologie* de la Faculté de Médecine de Lille (Chaire transformée).

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

M. le Professeur Euzière est nommé *Doyen honoraire* de la Faculté de Médecine de Montpellier.

UNIVERSITÉ DE NANCY

M. le Dr Hamel est *chargé*, pendant l'année scolaire 1941-1942, d'un *Cours Complémentaire des maladies mentales* à la Faculté de Médecine de Nancy.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Imprimé par Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*)
à Cahors (France). — 64.005